81.

22500450455

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique a la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

COMITÉ DE RÉDACTION :

P. BERGER
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux.

H. RENDU
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Médecin des Hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : Dr A. CARTAZ.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ASSAKY, AUVARD, BALZER, BARTH, J. BEX, BRINON (DE), R. CALMETTES, CAMPENON, CARRIÈRE, CAULET, CHAUFFARD, DANLOS, DASTRE, DEBOVE, G. DECAISNE, DREYFUS-BRISAC, MATHIAS DUVAL, FREDERICQ, GALLIARD, GARNIER, GIRAUDEAU, GOUGUENHEIM, GRANCHER, HANOT, E. HARDY, HENNEGUY, HOLMAN, HOLSTEIN, E. JAVAL, JULLIEN, KUHFF, LABADIE-LAGRAVE, LANDOUZY, LELOIR, H. LEROUX, MATHIEU, MERKLEN, MOSSÉ, ŒTTINGER, OZENNE, CH. PÉRIER, L.-H. PETIT, PORAK, REMY, J. RENAUT, RICHELOT, RICKLIN, SANTI (DE), SCHWARTZ, F. TERRIER, THOMAS, THORENS, A. TROUSSEAU, C. ZUBER.

DOUZIÈME ANNÉE

TOME XXIV

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN,

1884

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll. No.	

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION LIBRARY

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XXIV

ANATOMIE.

Tubes nerveux, *Wignal*, 1; *Vanlair*, 2. — Terminaisons des nerfs, *Hoggan*, 2. — Moelle épinière, *Kahler;* globules du sang, *Bizzozero*, *Torre*, 3. — Lymphatiques, *Hoggan*, 4. — Os intermaxillaires, *Kölliker*, 5. — Crête auditive, *Ferré*, 6. — Ostéoclastes, *Pommer*, 8. — Rein, *Müller;* menstruation, *Leopold*, 9; *Wyder*, 11. — Conduits de Gartner, *Dohrn*, 12. — Organes génitaux de la femme, *Wertheimer*, 13. — Anus de Rusconi, *Duval*, 14. — Technique, *Séguin*, 14; *Salhi*, 15.

PHYSIOLOGIE.

Système nerveux, *Heidenhain*, 16. — Réunion des nerfs, *Rawa;* cerveau des oiseaux, *Richet*, 18. — Circulation cérébrale, *Mondini;* excitabilité de la moelle, *Mendelsohn*, *Feinberg*, 19. — Cœur et circulation, *Gaskell*, 20; *Turro*, 23; *Hermann*, 25. — Pneumogastrique, *Wedenskii;* pression sanguine, *Lazarus*, *Shirmunski*, 26. — Leucocytes du sang, *Schmidt;* respiration, *Pott*, 27; *Butte*, *Lehmann*, 28. — Thermotonomètre, *Gruenhagen*, 29. — Digestion, *Lannois*, *Lépine*, *Fubini*, *Luzzati*, 30; *Voit*, *Tappeiner*, *Lehmann*, *Richet*, 31; *Fraser*, 32. — Oxydations, *Wolfers*, *Potthast*, 33; *Lehmann*, 34; *Zuntz*, *Mering*, 36; *Wienner*, 38. — Contractions utérines, *Runge*, 39. — Développement des œufs, *Dusing;* température dans la grossesse, *Doré*, 40. — Electrisation, *Setschenow;* hypnotisme, *Richer*, 41. — Rigidité cadavérique, *Brown-Séquard*. — Parole chuchotée, *Lefort*, 42. — Manomètre, *Fick*, 43.

CHIMIE MÉDICALE.

Fibrine, *Hammarsten*, 43. — Albuminoïdes, *Otto*, 45. — Métalbumine, *Landwher*, 46. — Albumoses, *Kuhne*, *Chittenden*, 47. — Oxydation, *Nencki*, *Sieber*, 49. — Peptone, *Tatarinoff*, 50. — Chromogènes de l'urine, *Plosz;* acides de l'urine, *Kulz*, 51. — Alcides sulfoconjugués, *Hammerbacher;* cystine, *Kulz;* réactions diazoïques, *Ehrlich*, *Escherich*, *Georgiewsky*, 52. — Acides biliaires, *Maly*, *Erhlich;* nitrites, *Giacosa*, 54. — Sels d'hématine, *Eyssautier*, 55. — Chlorures et phosphates dans la tuberculose, *Ronsin;* terpènes, *Nobed;* transformation de l'iodoforme, *Zeller*, 56. — Lait, *Schmidt-Mulheim;* alcaloïdes pathologiques, *Bouchard*, 567.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Inflammation, *Kœster*, 57. — Infiltration graisseuse, *Hœsslin;* tumeurs, *Wesener*, 59. — Cancer, *Nicaise*, *Lewis*, 60. — Cellules géantes, *Marchand;* cylindrome, *Malassez*, 62. — Granulome, *Petersen;* foie des tuberculeux, *Sabourin*, 63. — Atrésie des voies biliaires, *Oxley;* abcès de la rate, *Bull*, 64. — Rhabdomyome, *Prudden;* malformation cérébrale, *Kirikhof*, 65. — Ergotisme, *Tuczek*, 66. — Bactérie de la variole, *Cornil*, *Babès;* Inversion viscérale, *Fol*, *Warynski*, 68, — Myxœdème, *Henrot;* atrophie de l'intestin, *Baschko*, 69. — Kyste dermoïde, *Nicaise*, 70. — Bassin fœtal, *Schliephake;* grenouillette, *Bazy*, 71. — Onyxis, *Suchard*, 72.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Leçons, *Bouley*, 73. — Fièvre, *Lilienfeld*, 74; *Albert*, 75; *Mendelson*, 76; *Wilischanin*, 77. — Caillots sanguins, *Hayem*, 77. — Anesthésie par lésions de l'encéphale, *Brown-Séquard;* lésions des muscles, *Babinski*, 78. — Extirpations de la rate, *Winogradow*, 79. — Régénération de la rate et du foie, *Tizzoni*, *Colucci*, 80. — Paracentèse du péricarde, *Ferrand*, 81. — Réactions du sang, *Burchardt;* mucorinées, *Lichtheim*, 82. — Néphrite cantharidienne, *Eliascoff*, 83. — Bacilles du jequirity, *Cornil*, *Berlioz*, *Bruylants*, *Vennemau*, 84.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Iodoforme, *Rummo*, 85. — Acide hyperosmique, *Fraenkel*, 86. — Plomb, *Curci;* avoine, *Sanson*, 87. — Venin de serpents, *Mitchell;* poissons toxiques, *Remy*, 88. — Anesthésie mixte, *Rabuteau;* protoxyde d'azote, *Klikowitsch*, 89. — Ergotine, *Eulenburg*, *Ringer*, *Sainsbury;* papayotine, *Rossbach*, 90. — Pyridine, *Bochefontaine*, 91. — Pao-pereira, *Nina;* morphine et strychnine, *Zuelzer*, 92. — Thymol, *Fubini*, *Giliberti;* poisons convulsifs, *Rovighi*, *Santini*, 93. — Empoisonnement par le tabac, *Tamassia;* par la strychnine, *Bolhalter*, 94; par l'aconit, *Seager;* par le solanium, *Rabot*, 95; par le gaz d'éclairage, *Lafargue;* par le ricin, *Langerfeld;* par le sulfure de carbone, *Tamassia*, 96; par l'arsenic, *Campbell*, *Brown*, *Davis;* par le plomb, *Monnereau*, 97.

THÉRAPEUTIQUE.

Massage, *Norström*, *Schreiber*, *Heilbrunn*, 98. — Kairine, *Renzi*, *Zasetsky*, *Knabe*, *Juk*, *Ostapensko*, *Cook*, *Shattuch*, *Draper*, *Cohn*, *Zadek*, 100. — Paralysies faciales, *Meyer;* névralgie sciatique, *Glatz*, 102. — Napelline, *Grognot;* nitrite de sodium, *Hay;* nitrite d'amyle, *de Renzi*, 103. — Paraldéhyde, *Riggi;* croton chloral, *Webb;* salicaire, *Campardon*, 104. — Strychnine contre l'alcoolisme, *Dujardin-Beaumetz*, *Jaillet;* santonine, *Benzingre*, 105. — Empoisonnement par la belladone, *Furtz;* quinine, cotonie, *Hausmann*, *Prochownick*, 106. — Injections d'arsenic, *Kœbner;* effets de la quinine sur l'oreille, *Schilling*, 107. — Galium contre les ulcères, *Quinlan;* savons de potasse, *Senator*, *Kolmann*, 108. — Traitement des brûlures, *Galan;* iodoforme comme anthelmintique, *Nikolsky*, 109.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Maladies de l'encéphale, *Jacusiel, Virchow, Demange, Neulen, Naether, Bastian, Kuhn, Gutmann, Drummond, Bourdon, Edinger, Hadden, Féré, Mayet, Heubner*, 109; *Bircher, Kappeler, Freyef, Krœnlein, Saeger, Reismann, Quester, Riesinger, Thurich, Brieger, Silvestrini, Atkinson, Bender, Johnstone, Mannkopf, Chauvet, Prévost, Eternod, Huguenin, Quincke, Marcacci, Blaise, Lépine, Heubner, Charcot, Pitres, Vincentiis, Ramskill, Cockwell, Faisans, Charrin, Tuczek, Galvagni, Lépine, Strasseman, Henoch, Grawitz, Long, Chwostek, Bucquoy*, 119; *Spilmann, Schmidt, Lemcke, Bennett, Mackenzie, Johnson, Ferrier, Jones, Hayem, Giraudeau, Bamberger, Leyden, Lervin, Senator, Déjereine, Etter*, 140; *Huguenin, Fraenkel, Guttmann, Peretti, Samelsohn, D'heilly, Chantemesse, Charcot, Raymond, Artaud, Stone*, 151; *Fürstner, Wetter, Westphal, Pflüger, Lichtheim, Grasset, Gudden, Haab, Bernhardt, Swanzy, Gnauck, Loring, Herschel, Alexander*, 157; *Weiss, Homen, Langer, Westphal, Lemoine, Lannois, Déjerine, Landouzy, Stadelmann, Cornillon, Lenhardt, Immermann, Huguenin, Weiss, Bernhardt, Southans, Glynn, Atkin, Kusmin, Heudenlang, Baumler, Sahli, Dejeríne, Proust, Ballet*, 168; *Jarisch, Schiff, Schulz, Jendrassik, Westphal, Eulenburg, Schwartz, Pelizaeus*, 181. — Maladies des nerfs, *Sarrade, Erlenmeyer, Zesas, Letulle, Riedel, Wolff, Caspari, Roth*, 189. — Méningite, *Chantemesse, Struempell, Ughetti*, 198. — Pneumonie, *Grancher, Laveran, Du Castel*, 200. — Pleurésie, *Pitres, Debove, Jacubasch, Schetelig, Schreiber, Purjesz, Sieur, Graux*, 202, — Leçons cliniques, *Picot*, 206. — Electro-diagnostic, *Estore*, 207. — Nodosités rhumatismales, *Duckworth, Mackenzie, Troisier*, 108; *Mayer*, 210.

GYNÉCOLOGIE.

Ovariotomie, *Zweifel, Schrœder, Martin, Moeller, Veit, Kurz, Kaltenbach, Zoehlein, Hofmeier, Gœnner, Odebrecht, Leopold, Tillmans, Bertram, Mandach, Mœricke, Thieusen*, 211. — Hystérotomie, *Olhausen, Bircher, Kocher, Schrœder, Veit, Martin, Hahn, Czerny, Dupont, Starck, Odebrecht, Rabenau*, 220. — *Fritsch*, 226. — Tumeurs des ligaments ronds, *Sänger*, 226. — Perinéorraphie, *Carstens, Mayer*, 228; *Veit, Hofmeier, Schultze, Frommel*, 229. — Fistules vaginales, *Kaltenbach, Kroner, Franck, Menzel, Frommell, Villeneuve, Mouchet*, 230. — Inversion utérine, *Lauenstein*; inflammation des conduits de Gartner, *Bœhm*; Salpingite, *Zeiss*, 235. — Physométrie, *Yarrow*. — Injections vaginales, *Prochownick, Benicke, Runge, Bunge, Schrœder*, 236.

OBSTÉTRIQUE.

Anesthésie, *Hofmeier, Müller, Haeckermann*, 239. — Pression sanguine dans l'accouchement, *Lebedeff, Porochjakow*; fièvre des accouchées, *Mueller*, 241. — Expulsion de la caduque, *Doléris*; mensuration du bassin, *Goth*, 242. — Présentations, *Henkig, Olshausen, Brennecke, Dick*, 243. — Arthrite, *Mercier*; involution utérine, *Ganzinotty*, 245. — Lochies, *Lefebvre*, abstention de la pratique pour cause d'infection, *Swiccicki, Lœhlein, Fritsch Wiener, Hofmeier, Goth*, 246. — Accouchement prématuré, *Rumpe*, 249.

— Ruptures utérines, *Hofmeier*, 250; *Kaltenbach*, 251; avortements, *Spondly;* opération césarienne, *Sommerbrodt*, *Martin*, *Levy*, *Dohrn*, 252. — Crayons d'iodoforme pour pansements, *Ehrendörfer*, 253.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Température des déments, *Bechterew*, *Hebold*, 254. — Alimentation des aliénés, 256. — Hallucination, *Magnan*, 257. — Vésanie, *Gérente;* katatonie, *Haumond*, 258. — Folie consciente, *Marandon*, 260. — Folie sympathique, *Pons;* mégalomanie, *Foville*, 261. — Folie alterne, *Mordret*, 262. — Folie et fièvre typhoïde, *Marandon;* paralysie agitante, *Parant*, 263; *Ewald*, 264. — Guérison de la folie, *Giraud;* paralysie générale, *Baillarger*, 265; *Sauson*, *Luys*, 266. — Epilepsie, *Fiori*, *Altham*, 267. — Absinthisme, *Danillo;* pellagre, *Tomini*, 268. — Cerveaux de criminels, *Flesch*, 269. — Synostoses de l'atlas, *Sommer*, 270.

MÉDECINE LÉGALE.

Expertises, *Chapuis*, *Lacassagne;* somnambulisme, états mentaux, *Motet*, *Liman*, *Kœhler*, *Danner*, *Legrand du Saulle*, *Thiersch*, *Westphal*, 271. — Infanticide, *Zürcher*, *Maschka*, *Lorentzen*, *Beckmann*, *Laroche*, *Billaudeau*, *Boyron*, *Descout*, 277; *De Villiers*, 282; *Maschka*, 284; *Berger*, 285. — Docimasie pulmonaire, *Blumenstok*, *Runge*, *Ungar*, 285. — Suicide, *Ladame*, 286. — Sécrétion lactée, *Mascarel*, 287.

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

Anesthésie rectale, *Mollière*, *Post*, *Bull*, 287. — Chirurgie antiseptique, *Bœckel*, 288. — Elongations et résections nerveuses, *Langenbuch*, *Hiller*, *Tillmanns*, *Kulenkampff*, *Muralt*, *Sonnenburg*, *Corval*, 291; *Gross*, *Vanderveer*, *Chavasse*, *Dumont*, *Berne*, *Sands*, 296; *Mitchell*, *Pick*, *Holmes*, *Clark*, 298; *Bernhardt*, *Tresbel*, *Wolberg*, 300; *Sonnenburg*, *Gerster*, 302; *Hollevoct*, *Mondan*, *Israel*, *Remak*, 303; *Szuman*, 304; *Kaufmann*, 305; *Launois*, *Variot*, 306. — Maladies de l'appareil urinaire, *Lucas*, *Hahn*, *Newman*, *Weir*, *Cecherelli*, *Silbermann*, *Landau*, *Walter*, *Polk*, *Marshall*, *Rawdon*, *Leopold*, *Homans*, *Spencer Wells*, *Gross*, *Rosenbach*, *Martin*, *Brumtzel*, *Israel*, *Kuester*, *Bergmann*, *Guterbock*, *Thompson*, *Whitehead*, *Thornburn*, *Palmer*, *de Vecchi*, *Wright*, *Elder*, *Goodridge*, *Eole*, *May*, *Schramm Tuckwell*, *Roberts*, 306; *Périer*, *Boulay*, *Garcin*, *Bazy*, *Monod*, *Schwartz*, *Duchastelet*, *Treamearn*, *Jobard*, *Dupont*, *Howe*, *Villeneuve*, *Etienne*, *Muller*, 325; *Duplay*, 335; *Hache*, *Bœgehold*, *Thompson*, *Whitehead*, *Pollard*, *Bontecou*, *Ransohoff*, *Stein*, *Thorne*, *Posner*, *Elder*, 336; *Kirmisson*, *Otis*, *Kaufmann*, *Heusner*, *Dubreuil*, *Giraud*, *English*, *Neumann*, *Ultzmann*, *Tillaux*, 343; *Clutton*, 349. — Gastrostomie, *Félizet*, 351.

OPHTALMOLOGIE.

Manuel, *Trousseau ;* perception des couleurs, *Charpentier*, 351. — Accommodation, *Merault ;* réfraction auculaire, *Bono*, 352. — Phlegmons de l'orbite, *Schwendt*, 353. — Kératite astigmatique, *Martin ;* kératite syphilitique, *Parinaud ;* granulations conjonctivales, *Heisrath*, 355. — Trachome de la conjonctive, *Raehlmann*, 356. — Transplantation conjonctivale, *Dufour*, *Haltenhoff*, 357.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES,

Page 359

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XXIV

ANATOMIE.

Ruban de Reil, *Monakow*, 401. — Névroglie, *Ranvier*, 402. — Nerfs, *Gruenhagen;* embryon, *Fol*, 403. — Squelette de la face, *Hervé;* larynx, *Simanowsky*, 405. — Développement de l'œil, *Königstein;* muscle presternal, *Testut*; développement des tendons, *Beltzow*, 406. — Anomalies artérielles, *Holl;* développement de l'ovaire, *Meyer*, 407. — Technique histologique, *Freud*, 409.

PHYSIOLOGIE.

Traités, *Hermann*, *Fredericq*, *Nuel*, 409. — Locomobilité du cerveau, *Luys*, 410. — Nerfs de la pupille, *Gruenhagen*, *Cohn;* section de la moelle, *Ferrier*, 411. — Sensibilité des nerfs, *Moriggia;* nerfs de la peau, *Blix*, 412. Sensibilité sous-cutanée, *Lussana*; Sensibilités tactile et algésique, *Adamkiewicz*, *Rumpf*, *Herzen*, 413. — Cils vibratiles, *Gruetzner*, *Sahli;* perception lumineuse, *Charpentier*, 415. — Respiration, *Saint-Martin;* aspiration thoracique, *Bernstein*, 416. — Température pendant le sommeil, *Rumpf*, 417. — Réflexes tendineux, *James*, 418. — Résorption intestinale, *Lehmann;* sucre de lait, *Bert*, *de Sinéty*, 419. — Urée du sang, *Gréhant*, *Quinquaud;* fonction du corps thyroïde, *Menli*, 420. — Menstruation, *Hegar*, 421.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Bactéries septiques, *Ziemacki*, 421. — Septicémie, *Neelsen*, 423. — Septicémie gangréneuse, *Chauveau*, *Arloing*, 424. — Ferment fibrinogène, *Foa*, *Pellacani;* érysipèle, *Janicke*, *Neisser*, 426. — Rage, *Roux*, 428. — Morve, *Wassilieff*; fièvre traumatique, *Richet*, 429. — Ostéomyélite, *Becker*, 429; *Rosenbach*, 430; *Krause*, 431. — Phlegmon, *Cornil*, 432. — Nécroses intestinales, *Kiener*, *Kelsch*, 433. — Ptomaïnes, *Coppola;* inhibition, *Brown-Séquard*; élongation du sciatique, *Rogowitch*, 434. — Ablation du corps thyroïde, *Schiff*, 435. — Liquide amniotique, *Krukenberg*, 436.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Effets de l'alcool, *Henrijean;* chloroforme, *Regnauld, Villejean*, 437. — Morphinisme, *Jaquet, Jouet, Burkart*, 438; *Féré, Motet, Obersteiner, Comanos, Mobius*, 440. — Empoisonnements par : la pelletiérine, *Bruté*; le tabac, *Vallin, Decaisne, Artigalas*, 442; — par la coque du Levant, *Sozinskey*; — par le taminier, *Coutagne*. 444; — par l'arsenic, *Garnier, Yvon, Papadakis, Mills, Silliman, Bischoff, Coester*, 445; — par le turbith, *Randolph, Roussel*, 448; — par la créosote, *Poincaré, Manouvriez;* — par le chlorure de baryum, *Courtin*, 449; — par le cuivre, *Lefour, Starr, Maschka*, 450; — par le cyanure, *Zillner, Vibert, Lhote*, 452; — par le phosphore, *Hessler, Mareau*, 453; — par l'acide chlorhydrique, *Gehle*, 454; — par l'anis étoilé, *Falck;* — par le bismuth, *Petersen*, 455; — par l'oxyde de carbone, *Pœlchen, Barthélemy, Magnan, Halsted, Simon, Falk*, 456.

THÉRAPEUTIQUE.

Traité, *Rabuteau;* conductibilité électrique de la peau, *Gärtner*, 460. — Paraldéhyde, *Yvon, Dujardin-Beaumetz*, 461; *Hénocque, Coudray, Cervello*, 462. — Kairine, *Hoffer*, 463; *Queirolo*, 464. — Hamamelis, *Beaumetz, Guy*, 464. — Cinchonidine, *Marty;* cascara sangrada, *Craig*; condurango, *Hoffmann, Stutz*, 465. — Ergotine, *Debierre, Ruyssen*, 466. — Chrysarobine, *Auspitz*, 467. — Fer, *Fenoglio, Vachetta;* traitement de la diphthérie, *Thallon*, 468. — Acide bromhydrique, *Massini;* morphinisme, *Sharkey;* migraine, *Brunton*, 469. — Phosphate de chaux, *Sambuc*, 470.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Maladies des reins, *Rosenbach, Senator, de Chateaubourg, Penzoldt, Seguin, Quincke, Schuchardt, Semmola, Clark, Meigs, Ebstein, Hlava, Thomayer, Snyers, Leube, Brieger, Wille, Janssen, Fleischer, Bruzelius, Bell, Hähner, Schwengers, Leichtenstern, Ribbert, Kœster, Guttman, Ferrand*, 471; *Cornil, Brault, Germont, Dunin, Rose, Bull, Chéron, Riegel, Hortolès, Fischl, Schmuziger, Marchand, Johnson, Blechmann, Hiller, Mouret, Kelsch, Kiener, Tyson*, 486; *Aufrecht, Dieulafoy, Roques, Dacosta, Longstreth, Saundby, Abadie, Mahomed, Lichtheim, Senator, Ewald, Straus, Germont, Artaud, Zemblinoff, Weill*, 497; *Sabourin, Bond, Windle, Strübing, Rickards, Grawitz, Bull, Pisenti*, 503; *Werner*, 506.

Anémie, *Laache;* fièvre intermittente, *Hayem*, 507. — Entérite, *Bartholow;* chlorose, *Mollière*, 508. — Lithémie, *Putnam, Lyman*; goutte, *Ebstein, Virchow*, 509.

OBSTÉTRIQUE.

Bassins, *Hofmeier;* lait utérin, *Werth*, 512. — Grossesse gémellaire, *Budin*, 513; *Treetsel, Rapin, Glaser*, 514. — Accouchements des primipares âgées, *Grenser*, 514; *Ludwig*, 517. — Occlusion du col, *Smith*; vomissements

incoercibles, *Horwitz*, 518. — Cancer utérin et grossesse, *Gönner*, 520; *Felsenreich*, 521. — Irrigations chaudes ou froides, *Schwarz*, *Græfe*, 522. — Délivrances, *Garrigues*, 523. — Placenta prævia, *Behm*, 524; *Haussmann*, 525. — Rupture utérine, *Kroner*, 525.— Déchirures du col, *Seymour;* déchirures du périnée, *Schatz*, *Schneider*, 526. — Fièvre puerpérale, *Dysenfurth*, 527. — Craniotomie, *Merkel*, 528. — Opération césarienne, *Runge*, 529. — Injections de sublimé, *Kehrer*, 530; — *Bröse*, *Toporski*, *Wiedow*, *Opitz*, *Fehling*, *Burkhardt*, 531.

MALADIES DES ENFANTS.

Diagnostic des maladies, *Politzer*, 533.— Poids des nouveau-nés, *Schnetz*, *Gœnner*, *Opitz*, *Ranke*, 534. — Céphalalgies, *Blache*; tumeur cérébrale, *Money*, 536. — Paralysie infantile, *Hadden*, *Ross*, 537.— Paralysie réflexe, *Thorowgood;* hémiplégie dans la rougeole, *Ott*, 539. — Tuberculose, *Biedert*, *Heubner*, 540. — Diabète, *Hagenbach*, 541. — Asthme, *Silberman;* fièvre intermittente, *Taylor*, 542. — Scarlatine, *May;* œsophagotomie, *Sands;* empyème, *Simmonds*, 543. — Rachitisme, *Barlow*, 544; *Lucas*, *Page*, 545. — Tumeurs abdominales, *Whittier;* sarcome, *Jacobi;* fungus, *Baginsky*, 546. — Tétanos, *Hartigan*; gangrène, *Makins;* cancer testiculaire, *Monod*, 547. — Bains, *Winckel*, 548.

DERMATOLOGIE.

Glossite, *Gautier*, 549; *Lemonnier*, 550. — Psoriasis, *Leloir;* mycosis, *Hyde*, 551. — Herpès, *Larger*, *Kœbner*, 552; *Lassar*, *Zimmerlin*, *Curschmann*, *Eisenlohr*, 553. — Pemphigus, *Meyer*, 554. — Urticaire, *Fox*, *Beatty*, 555. — Lupus, *Güterbock*, 556; *Lewin*, 557; *Duncan*, *Cornil*, *Leloir*, 558. — Chromydrose, *Dechambre*, 559. — Clou de Biskra, *Fournier*, *Duclaux*, 560. — Clou de Gafsa, *Boinet*, *Depéret*, 561.— Molluscum, *Recklinghausen*, *Modrzjewski*, *Müller*, 562. — Xérodermie, *Kaposi*, 564.— Tricophytie, *Majocchi*; alopécie, *Lassar*, *Pincus*, 566. — Eruptions médicamenteuses, *Cartier*, *Hampeln*, 568; *Bernouilli*, 569. — Hydrothérapie, *Semmola;* empoisonnement par le pyrogallol, *Besnier*, 569.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Transmission de la syphilis, *Kassowitz*, 571. — Syphilis des animaux, *Letnick*, 572. — Syphilis cérébrale, *Bury*, *Ormerod*, 573; myélite syphilitique, *Déjerine*, 574. — Surdité, *Hermet;* syphilis du foie, *Jastrowitz*, 575. — Syphilis de la gorge, *Mackenzie*, 576.— Cancer et syphilis, *Ozenne;* ostéite syphilitique, *Grant*, 577. — Ulcères, *Nepveu;* traitement de la syphilis, *Klink*, *Thoman*, 578; *Zeissl*, *Marzano*, *Pozzi*, *Courtade*, 579; blennorragie, *Auber*, *Kammerer*, 580.

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

Anesthésie par le rectum, *Comte*, *Starcke*, *Bœckel*, *Wanscher*, *Delore*, *Dubois*, *Reverdin*, 581; *Poncet*, *Persh*, *Bradshaw*, *Pierson*, *Miller*, 584. — Maladies des os et des articulations : *Böing*, *Jersey*, *Kramer*, *Kuester*, *Koch*, *Schœnborn*, *Bardon*, *Dartignolles*, *Willemer*, *Hénaff*, *Loebker*, *Monnier*, 585; *Verneuil*, *Lange*, *Pinner*, *Senn*, *Dupont*, *Karg*, *Robson*, *Jones*, *Renton*, *Hahn*, 591; *Henriet*, *Petit*, *Picqué*, *Gosselin*, *Verneuil*, *Little*, *Pozzi*, *Beauregard*, *Chauvel*, *Divernesse*, *Jalaguier*, *Niehans*, *Wahl*, *Bull*, 596; *Koenig*, *Le Dentu*, *Mosetig-Moorhof*, *Loebker*, *Sprengel*, *Nepveu*, *Gangolphe*, *Israel*, *Ollier*, *Hahn*, *Fenwick*, *Burney*, *Vogt*, *Margary*, *Lauenstein*, *Robert*, *Lange*, *Wolff*, *Reverdin*, *Hoesslin*, 603; *Campenon*, *Ledderhose*, *Wharton*, *Bergmann*, *Kroenlein*, *Lücke*, *Robin*, *Mollière*, *Gillette*, *Larger*, *de Saint-Germain*, *Clemente*, *Mazzucchelli*, *Ceccarelli*, *Dubourg*, *Beauregard*, *Boeckel*, *Poore*, *Tiffany*, *Borchers*, *Medini*, *Panzeri*, 617; *Schwartz*, *Meyer*, *Boeckel*, *Villard*, *Margary*, *Berruti*, *Ollier*, *Rydygier*, *Hahn*, *Reverdin*, 629; *Jacoby*, *Sée*, *Carbon*, *Vincent*, *Catuffe*, *Lange*, *Moses*, *Hoffa*, *Hahn*, *Virchow*, *Bardeleben*, 637; *Buren*, *Koch*, *Truc*, *Israel*, *Kuester*, *Sonnenburg*, *Beger*, *Falkson*, *Karewski*, *Martin*, *Smith*, *Feurer*, 643. — Gangrène, *Mollière*, *Trifaud*, 650. — Goitre, *Wölfler*, *Schramm*, 652; *Seitz*, *Rehn*, 654; *Obalinski*, *Freund*, 655; *Kauffman*, 656. — Plaies du cerveau, *Fischer*, 658; *Doutrelepont*, 659. — Coups de foudre, *Machay*, 659.

OPHTALMOLOGIE.

Sensations visuelles, *Hilbert*, 660; *Landesberg*, 661. — Daltonisme, *Cohn*, *Hilbert*, 661. — Yeux des écoliers, *Schäfer*; myopie, *Horner*, *Sigismund*, *Unternharnscheidt*, 663. — Dacryocystite, *Goldzieher*; courbure cornéenne, *Laqueur*, 665. — Kératites, *Uhthoff*, *Gallenga*, 667. — Staphylôme, *Szili*; ophtalmie rhumatismale, *Terrier*, 668. — Conjonctivite solaire, *Haab*, *Emmert*, 669. — Ophtalmie sympathique, *Becker*, *Hirschberg*, *Uhthoff*, *Krause*, 671. — Ophtalmie purulente, *Galezowski*, *Horner*, *Krause* 672.— Ophtalmie diphthérique, *Schmidt-Rimpler*; tumeurs de la conjonctive, *Makrocki*, 675; *Luc*, *Haltenhoff*, 676. — Conjonctivites, *Heisrath*, *Horner*, 677. — Exophtalmie, *Magnus*; iritis, *Ulrich*, 678; *Poncet*, 679. — Cataracte, *Heuse*, *Sedan*, 679; *Rheindorf*, *Schrœder*, *Scherck*, *Muralt*, *Dufour*, 680; *Warlomont*, 682; *Salamé*, *Steffan*, 683; *Abadie*, *Steinheim*, 684. — Névrite optique, *Carl*, *Hock*, 685. — Hémianopsie, *Nieden*; névrotomie, *Gillet*, *Gonella*, 686.— Glaucome, *Dianoux*, *Schœler*, *Sulzer*, *Pflueger*, 687. — Malformations papillaires, *Magnus*; rétinites, *Capon*, 690; *Hirschberg*, 691. — Plaie du corps vitré, *Issigonis*; scotome central, *Hirschberg*, 691. — Thérapeutique oculaire, *Hippel*, *Lewin*, 692.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Asthme, *Fraenkel*, *Ungar*, 693.— Asthme des foins, *Mackenzie*, *Sajous*, *Bondet*, *Mollière*, 694; *Roe*, 696. — Toux nasale, *Mackenzie*; tumeurs adénoïdes, *Cornil*; rhinosclérome, *Massei*, *Melle*, 697; *Lang*, 698. — Pansement des ulcères du nez, *Shäfer*, *Mackenzie*, *Hering*, 699. — Corps étranger, *Smith*, *Church*, 700. — Tuberculose pharyngée, *Conciliis*; pharyngotomie, *Wheeler*, 701. — Angines, *Roser*, *Fraenkel*, 702; *Weissenberg*, *Potsdamer*, *Kampf*,

703. — Maladies du larynx, *Moure*, 703; *Brunton*, *Cash*, 704. — Paralysies laryngées, *Bride*, *Delavan*, 705. — Tuberculose laryngée, *Schnitzler*, *Mackenzie*, *Kild*, 706; *Ducau*, *Wilson*, 707. — Tumeurs du larynx, *Simon*, *Butlin*, *Hering*, 708; *Hooper*, *Elsberg*, 709; *de Blois*, 710; *Strawbridge*, *Hindenlang*, 712; *Holmes*, *Jarvis*, 713. — Laryngotomie, *Gilis*, 714. — Traités des maladies des oreilles, *Politzer*, *Joly*, *Urbantschitsch*, *de Rossi*, *Miot*, *Baratoux*, *Hutchinson*, *Robin*, 714. — Surdité, *Hodgson*, *Dennert*, 718.—Absence du labyrinthe, *Moos*, *Steinbrudge*, 720. — Sourds-muets, *Moos*, 721. — Otites, *Brunner*, 722; *Schwabach*, *Siebenmann*, *Voltolini*, 723; *Blau*, 724; *Eulenstein*, *Moos*, *Steinbrudge*, *Bircher*, *Michael*, *Wagenhauser*, *Bürkner*, 726. — Douche et massage dans les maladies de l'oreille, *Zaufal*, *Lucas*, *Bürkner*, 727. — Tumeurs de l'oreille, *Chiari*, *Cooks*, 728; *Katz*, 729; *Keller*, 731.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Mortalité de l'armée française, *Marvaud*, 731. — Armée anglaise, 732. — Recrutement, *Longuet*; casernement, *Renard*, 733. — Fièvre typhoïde, *Czernicki*, 734. — Casernes, *Michaelis*, *Kocher*, 735. — Abcès, *Talon*. — Pneumonie, *Lühe*, 736. — Adénites, *Poulet*; plaies du cœur, *de Santi*, 737. — Pansement, 737. — Poudre-viande, *Rönnberg*. — Cuisine de Becker, *Henneberg*.

REVUE GÉNÉRALE.

La pneumonie est-elle une maladie infectieuse? p. 740.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES,

Page 763.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

I. — Développement des tubes nerveux chez les embryons de mammifères, par W. VIGNAL (*Archives de phys.*, *n°* 4, 1883).

II. — Accroissement en longueur des tubes nerveux par la formation des segments intercalaires, par W. VIGNAL (*Ibid.*, *n°* 4, 1883).

I. — Le nerf se développe sous la forme de fines fibrilles réunies en faisceaux et de granulations noyées au sein d'une matière homogène; ce développement se fait du centre à la périphérie. Ces fibrilles sont recouvertes par des cellules connectives embryonnaires qui se multiplient, pénètrent dans les fibrilles, les séparent, les isolent; ces cellules s'accroissent beaucoup en longueur et finissent par s'appliquer à la surface des fibrilles et par leur constituer une enveloppe en se contournant et se soudant à elles-mêmes; ces fibrilles constitueront avec le protoplasma et leur enveloppe le cylindre-axe. Ce n'est que plus tard, vers le quatrième mois de la vie embryonnaire, que se développe la myéline dans le protoplasma périaxile, sous forme d'une mince lame ou de boules irrégulièrement distribuées le long de la fibre nerveuse; le protoplasma, souvent plus développé que la myéline, ne présente ses dimensions normales qu'à une époque beaucoup plus tardive.

II. — L'accroissement en longueur du tube nerveux ne se fait pas seulement par l'élongation des segments inter-annulaires; en effet, chez les embryons de mammifères et les jeunes sujets, on voit des cellules connectives s'interposer entre deux segments interannulaires, au niveau de l'étranglement; bientôt le cylindre-axe croît plus rapidement que les parties voisines, gaine de Schwann, myéline et protoplasma, si bien que la cellule connective arrive à se mettre en contact avec le cylindre-axe; celle-là s'allonge, enveloppe celui-ci; dans l'intérieur de la cellule apparaît la myéline sous forme de gouttelettes qui se réunissent pour former une gaine complète au cylindre-axe, et ainsi se trouve constitué un nouveau segment inter-annulaire qui s'allongera peu à peu et contribuera à l'accroissement du nerf.

W. ŒTTINGER.

Névrotisation du cartilage osseux dans la suture tubulaire des nerfs, par C. VANLAIR (*Archives de Physiol., décembre* 1882).

1° Le cartilage osseux peut persister pendant un temps très long (4 mois) dans l'intérieur des tissus ;

2° Il y subit à la longue une involution atrophique caractérisée par les phases suivantes :

Disparition des éléments morphologiques ; disjonction des lamelles ; segmentation grossière de la masse en blocs quadrangulaires ; granulification ; déhiscence et dissolution de ces fragments ;

3° Ces changements sont déterminés par l'imbibition progressive et la liquéfaction ultérieure de la matière cimentaire ;

4° Le processus atrophique s'empare d'abord des systèmes intermédiaires et n'atteint les systèmes de Havers qu'en dernier lieu;

5° Il s'accomplit tout entier sans l'intervention des éléments morphologiques (ostéoclastes, granulations, etc.) qui sont les facteurs habituels de la résorption physiologique et de la raréfaction pathologique des os ;

6° Avant la destruction complète de l'os, les cavités préexistantes (canaux de Havers) et ses cavités adventives (intervalles creusés entre les îlots) servent de guide à la néoplasie nerveuse. Et, puisque les parois de ces cavités sont constituées par un tissu mort qui ne peut fournir aux fibres nerveuses des éléments de nutrition et d'accroissement, il faut en conclure que ce ne sont pas des conditions organiques, mais des influences *mécaniques* qui règlent la croissance du tissu nerveux périphérique. C'est là une confirmation nouvelle et toute objective de la loi générale établie par Ranvier. V. H.

New forms of nervy terminations in mammalia skin (Nouvelles formes de terminaisons nerveuses dans la peau des mammifères), par G. HOGGAN (*Journ. of Anat. and Physiol.*, XVIII, *janvier* 1884).

En traitant par le chlorure d'or, principalement selon la méthode de Ranvier, la peau du raton laveur (*Procyon lotor*), sorte d'ours de l'Amérique du Nord, l'auteur a découvert trois nouvelles formes de terminaisons nerveuses auxquelles il a donné les noms de corps de Browne, corps de Hoggan et de corps de Blackwell.

Les corps de Browne semblent être les homologues des terminaisons nerveuses bifurquées des cheveux ordinaires; ils occupent, au point de vue du développement, une position intermédiaire entre les plexus subépidermiques des tubes nerveux sans myéline, et les corps de Hoggan.

Les corps de Hoggan ont des enveloppes extérieures qui ressemblent à celles des corps de Paccini : leur intérieur est constitué par des terminaisons nerveuses bifurquées comme dans les follicules des cheveux. Ces corps font le passage des corps de Browne à ceux de Paccini.

Les corps de Blackwell tiennent le milieu entre les corps de Meissner et les ganglions subépidermiques de cellules nerveuses. Comme ceux-ci, ils ont des connexions intimes avec les fibrilles nerveuses intra-épidermiques et leurs cellules nerveuses sont d'un autre côté en connexion directe avec un large tube nerveux à myéline. F. HENNEGUY.

Ueber den Faserverlauf in den Hintersträngen des Rückenmarks (Trajet des fibres dans les cordons postérieurs de la moelle), par KAHLER (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 42, p. 640, 16 octobre 1882*).

Dans le cours de ses expériences sur les lésions consécutives à une compression de la moelle (*R. S. M.*, XX, 63) Kahler estime avoir trouvé la formule qui régit la distribution topographique de la dégénération ascendante des cordons postérieurs, secondaire aux lésions des racines nerveuses. Cela lui a permit d'établir le trajet des faisceaux de fibres qui, de ces racines, se rendent directement au bulbe en suivant le cordon postérieur correspondant.

Voici la loi en question : Sur une coupe transversale de la moelle, les fibres ascendantes des diverses racines se trouvent d'autant plus rapprochées de l'extrémité postérieure de la cloison médiane que leur point d'entrée dans la moelle est situé plus bas. A la partie la plus élevée de la moelle cervicale, les espaces occupés par ces divers groupes ascendants de fibres représentent des triangles inscrits les uns dans les autres. Le triangle le plus grand, formé par les faisceaux les plus rapprochés de la périphérie de l'organe, correspond aux racines des nerfs cervicaux supérieurs. Le plus petit triangle, constitué par les faisceaux voisins de l'extrémité postérieure de la cloison médiane, appartient aux nerfs sacrés. Entre eux se trouvent tous les autres, disposés régulièrement.

Kahler conclut de ses observations que la division des cordons postérieurs en une portion interne ou faisceau de Gall et une portion latérale ou faisceau fondamental, bien que basée sur l'embryologie, n'est pas justifiée. Les faits qui ont conduit à admettre l'existence de deux systèmes de fibres dans les cordons postérieurs s'expliquent parce que les fibres dépourvues de myéline qui montent dans la portion interne de ces cordons restent longtemps sans mélange, tandis qu'aux faisceaux de la portion externe, il vient rapidement se joindre des fibres à myéline.

La dégénération secondaire ascendante qu'entraîne une section transversale de la moelle humaine forme un coin d'autant plus large que le point lésé se trouve situé plus haut. J. B.

I. — Ueber die Entstehung der rothen Blutkörperchen bei den verschiedenen Wirbelthierklassen (Sur le développement des globules du sang dans les différentes classes de mammifères, par J. BIZZORERO et A. TORRE (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band XCV, Heft* 1, *p.* 1, 1884).

II. Ueber die Bildung der rothen Blutkörperchen (Sur la formation des globules rouges, par G. BIZZORERO (*Ibid., p.* 26).

I. — Chez tous les mammifères adultes il se fait une production continue des globules rouges par division indirecte des formes jeunes, primitives des globules rouges.

Chez ces animaux, certains organes constituent des foyers dans lesquels la production des globules rouges se fait plus particulièrement. Ces organes sont : chez les mammifères, les oiseaux, les reptiles et les batraciens anoures, la moelle des os ; chez les amphibies à queue, la rate ; chez les poissons, en dehors de la rate, les parenchymes lymphoïdes. Ces parenchymes comprennent la plus grande partie des reins.

Chez les vertébrés inférieurs (les amphibies et les poissons), le sang en circulation présente des particularités que l'on retrouve à l'état embryonnaire dans toutes les espèces vertébrées : il renferme une plus ou moins grande quantité de jeunes globules rouges et de formes en voie de division indirecte ; mais ces deux espèces d'éléments y sont toujours en quantité beaucoup plus faible que dans les organes qui servent, en quelque sorte, de chantier à la production des globules rouges.

Cette trace persistante de l'état embryonnaire du sang est beaucoup plus accentuée chez les animaux qui sont soumis à des saignées répétées. Elle tend, au contraire, à disparaître dans toutes les conditions qui amènent une diminution de l'activité générale de l'organisme. (Défaut ou insuffisance de la nourriture, captivité, etc.)

II. — Dans ce travail, Bizzozero renouvelle les critiques qu'il a déjà, à plusieurs reprises, adressées aux théories de la formation du sang qui s'écartent de celle qu'il défend. Sa théorie peut être caractérisée par le mot de cariokynesis. Il admet que les globules rouges se multiplient par segmentation. Cette segmentation porte sur le noyau et le corps de la cellule. Elle se produirait avec une rapidité extrême.

Bizzorero prétend l'avoir vue se faire dans une solution de chlorure de sodium, sous le microscope, à une température de 30 à 35°. On l'observe surtout lorsqu'on enlève un petit fragment de rate d'un amphibie et qu'on le dissocie dans le liquide sur la lamelle porte-objets. La segmentation qui se fait dans ces conditions reproduit les formes, que l'on trouve d'une façon permanente chez les vertébrés inférieurs et dans certains tissus hématopoiétiques des vertébrés supérieurs. Une planche jointe à ce travail représente cette segmentation chez le triton, la grenouille et l'embryon du poulet. A. MATHIEU.

The lymphatics of the walls of the larger blood-vessels and lymphatics (Les lymphatiques des parois des gros vaisseaux sanguins et lymphatiques), par G. HOGGAN et Elisabeth HOGGAN (*Journ. of Anat. and Physiol.*, XVI, *octobre* 1882).

Il n'y a pas de lymphatiques dans l'intima ou dans les couches internes de la musculature des grosses artères ; il en existe un grand nombre qui se ramifient seulement dans la couche gélatineuse située à la surface externe de la tunique musculaire entre celle-ci et la tunique adventrice. Une disposition semblable s'observe dans les parois des grosses veines et des lymphatiques possédant une couche musculaire. Dans les parties des parois de ces derniers vaisseaux où la couche musculaire fait défaut les lymphatiques collecteurs constituent un plexus en forme de gril avec peu ou pas de valvules, presque immédiatement au-dessous de l'endothélium interne.

Dans les trois sortes de vaisseaux, artères, veines et lymphatiques, les lymphatiques efférents intrinsèques charrient la lymphe loin des parois et ne s'ouvrent pas dans la cavité de l'un de ces vaisseaux.

Tandis que dans les parois des vaisseaux qui possèdent une couche musculaire, les lymphatiques paraissent adaptés spécialement à un drainage accessoire de ces vaisseaux, ces lymphatiques peuvent avoir une autre fonction dans les veines et les gros troncs lymphatiques, là où les lympha-

tiques collecteurs sont situés immédiatement au-dessous de l'endothélium. Cette fonction est probablement de faciliter la réparation des blessures des parois qui ont une semblable structure. F. H.

The lymphatics of periosteum, par G. HOGGAN et Elisabeth HOGGAN (*Journ. of Anat. and Physiol.*, XVII, *avril* 1883).

Les lymphatiques du périoste existent, d'après les auteurs, sur sa surface externe ou dans le stratum gélatineux de la membrane. Ils n'atteignent jamais la surface interne ou osseuse du périoste. Quand le périoste est mince, plus spécialement chez les animaux âgés, tout le plexus lymphatique s'étend librement à la surface externe. Quand le périoste est épais et qu'il existe un stratum cellulaire profond à sa surface interne, comme chez les animaux en voie de croissance, de petits rameaux pénètrent au-dessus de la surface externe, mais ne pénètrent jamais dans le stratum cellulaire.

Dans la majorité des cas, les lymphatiques semblent être spécialement et régulièrement disposés pour le drainage des gros troncs vasculaires qui se ramifient en formant un réseau à la surface externe du périoste et sont accompagnés par les lymphatiques ; ceux-ci quittent rarement les gros vaisseaux sanguins pour s'étendre dans les mailles du réseau.

Il n'existe pas de lymphatiques à la surface des grandes cavités des os, là où la moelle est directement en contact avec l'os. Il y a tout lieu de croire que jamais les lymphatiques ne sont en contact avec l'os même et que celui-ci ne possède pas d'autres lymphatiques que ceux du périoste qui peuvent être regardés au point de vue physiologique comme les lymphatiques de l'os. F. HENNEGUY.

Ueber das Os intermaxillare und die Anatomie der Hasenscharte und des Wolfsrachen, par Th. KŒLLIKER (*Halle*, 1882).

Pour préparer le squelette des mâchoires, Kölliker conseille de faire chauffer avec précaution, jusqu'à 46° centigrades, dans une solution de potasse caustique au dixième, les crânes d'embryons retirés de l'alcool.

A la 7e semaine de la vie embryonnaire, seuls les maxillaires supérieurs offrent un travail d'ossification ; bientôt après c'est le tour des intermaxillaires. Plus tard l'intermaxillaire se réunit au maxillaire supérieur correspondant. Mais d'abord cette union est interrompue entre les apophyses nasales par la fissure intermédiaire, et au palais par la fissure incisive.

A partir de la 10e semaine, l'union de ces os est déjà si intime qu'il n'y a plus d'autre trace de séparation que la suture incisive.

Chez le nouveau-né et l'enfant, généralement la suture incisive persiste, correspondant soit à la cloison de l'alvéole de l'incisive latérale, soit au milieu de l'alvéole de la canine.

Kölliker se trouve donc en désaccord avec Albrecht (*R. S. M.*, XVII, 2 et 443), qui admet 4 intermaxillaires et voit sur la voûte palatine des enfants 5 sutures au lieu de 3, ce qui provient de la confusion avec des sillons vasculaires.

En outre il n'admet pas non plus que la fente maxillaire soit intra-

incisive, c'est-à-dire placée entre les incisives médiane et latérale, et que la suture incisive se laisse reconnaître à côté de la fente.

Pour lui, cette fente répond à la limite de l'intermaxillaire et du maxillaire supérieur.

Des recherches sur des séries de coupes ont montré à Kölliker que les germes de l'émail ne sont pas disposés par paire comme les os; les germes de chaque côté confluent sur la ligne médiane aussi bien pour le maxillaire supérieur que pour l'inférieur.

Cette disposition des germes de l'émail rend compte de la formation indépendante des dents aussi bien que des irrégularités de nombre et de situation des dents depuis longtemps constatées dans les becs-de-lièvre. Sur 49 crânes, Kölliker a trouvé onze fois 1, cinq fois 2, et une fois 3 incisives surnuméraires.

Dans le bec-de-lièvre unilatéral on voit le plus fréquemment l'incisive latérale sans incisive supplémentaire dans le maxillaire supérieur. La disposition la plus commune après celle-ci est la présence d'incisives dans l'intermaxillaire avec une ou plusieurs incisives surnuméraires dans le maxillaire supérieur.

Dans le bec-de-lièvre double, tantôt les 4 incisives se trouvent dans le maxillaire supérieur, tantôt les incisives médianes et une des latérales dans l'intermaxillaire et l'autre incisive latérale dans le maxillaire supérieur.

Le bec-de-lièvre unilatéral est au moins une fois aussi fréquent que le double, et siège en général du côté gauche (113 fois sur 165); le sexe masculin prédomine. J. B.

Contribution à l'étude de la crête auditive chez les vertébrés, par FERRÉ (*Thèse de Bordeaux*, 1882).

Ce travail est divisé en trois parties : la première est consacrée à la technique employée par l'auteur, la deuxième à la description de la crête auditive, la troisième à l'étude d'un organe situé au-dessus de la crête auditive et portant le nom de cupule terminale. Les détails de technique histologique ne sauraient être résumés ici. L'anatomie comparée des crêtes auditives qui fait l'objet du second chapitre est étudiée avec beaucoup de soin. L'auteur examine leur position dans les canaux demi-circulaires, leur forme, leur configuration, variables suivant leurs différents groupes de variétés.

La structure histologique forme la partie la plus importante de ce chapitre. On trouve quatre couches : la première, inférieure, appliquée sur la paroi interne de l'ampoule membraneuse, formée de tissu conjonctif ; la deuxième, appelée membrana propria ; la troisième, amorphe, véritable basement-membrane ; la quatrième, un épithélium terminal. Le tout est surmonté de la cupule terminale. La membrane épithéliale a été trouvée chez plusieurs espèces de vertèbres, composée de deux couches : l'une inférieure composée de cellules arrondies qui sont de véritables cellules de soutien, l'autre supérieure formée par deux genres de cellules épithéliales : cylindriques et fusiformes.

Les premières plutôt coniques que cylindriques se terminent à la par-

tie inférieure par un prolongement filiforme qui se dirige vers la partie profonde de la crête : leur partie supérieure, aplatie, est recouverte par des cils vibratiles courts et nombreux. Le prolongement supérieur se rattache à l'innervation de l'appareil. Les cils vibratiles ont une importance considérable et font de ces cellules rondes non des cellules de soutien, comme on le pensait généralement, mais des organes participant à la perception des vibrations sonores.

Le deuxième groupe de cellules est formé par des cellules fusiformes. Le prolongement inférieur se rattache aussi à l'innervation, et l'auteur donne et discute les différentes théories produites à ce sujet. Le prolongement supérieur se termine dans la cupule terminale. Il a reçu le nom de poil auditif pour le distinguer des cils qu'on trouve sur les cellules précédentes et qu'on peut appeler cils auditifs. L'auteur décrit les propriétés physiques de ces prolongements, leur direction plus ou moins oblique, très souvent hélicoïdale.

La vascularisation est ensuite rapidement indiquée.

Dans le troisième chapitre de son travail, l'auteur étudie la cupule terminale. Nous devons dire *a priori*, que c'est une véritable étude comparée des organes récepteurs de vibration dans l'oreille interne. Il décrit à la fin du chapitre les analogies au point de vue anatomique et physiologique qui existent entre cette cupule et la membrane de Corti. Il est montré que cette cupule existe chez tous tous les vertébrés et en particulier chez les mammifères, point qui n'avait pas été encore bien élucidé. Il en donne les figures chez ces derniers animaux.

L'auteur étudie ensuite les propriétés physiques de cette cupule sur tous les vertébrés, sa forme, ses rapports. Les rapports de sa face inférieures sont très importants. Cette dernière est en effet creusée de deux petites cavités correspondant aux touffes de cils auditifs et reçoit les poils auditifs.

La structure de cet organe est ensuite examinée, elle paraît composée de fibres à direction déterminée : cette substance fibrillaire se présente sous deux aspects qui caractérisent surtout la différence de réfringence et de propriétés chimiques. Les poils auditifs s'y terminent en devenant effilés ou tortueux. Leur substance paraît se confondre intimement avec celle de la cupule.

L'auteur examine ensuite le rôle physiologique de la cupule terminale. Se basant sur les expériences physiologiques de Ranke sur le pterotrachea, sur l'innervation des cellules dans les prolongements supérieurs, constituant les poils auditifs et dans lesquels on n'a pu démontrer la prolongation des filets nerveux terminaux au delà des noyaux, il admet que la cupule et les poils auditifs constituent un appareil d'accommodation très parfait pour les vibrations sonores. Ces derniers, en effet, impressionnent les cellules à cils vibratiles de la crête auditive, cellules baignées par l'endolymphe. La cupule et les poils auditifs, véritables prolongements cellulaires, réglementent ces vibrations.

L'auteur ne s'arrête pas là, et il démontre qu'un semblable appareil existe au-dessus de la terminaison nerveuse du limaçon. Pour cela il donne les analogies de structure et du rapport qui existent entre les cellules qu'il a décrites dans la crête auditive et les cellules de la papille acoustique du limaçon. Les cellules cylindriques sont les analogues des

cellules de Corti ; les cellules fusiformes sont les analogues des cellules de Deiters.

Il montre d'autre part les analogies de structure qui existent entre la cupule et la membrane de Corti : on y trouve la même nature fibrillaire, et les mêmes propriétés physico-chimiques.

Les rapports de la face inférieure de la membrane de Corti sont analogues à ceux de la même face de la cupule terminale. Cette face inférieure est, en effet, en rapport avec la lame réticulée qui porte les ronds de Lœvenberg où vont se placer les cellules de Corti et les formations appelées phalanges où vont se terminer les cellules de Deiters.

Ces deux organes, membrane de Corti et cupule terminale, constituent donc des appareils d'accommodation pour les vibrations données. Il en est de même des otolithes pour l'auteur.

M. Ferré fait remarquer dans ses conclusions qu'il espère avoir démontré que les terminaisons du nerf auditif dans le limaçon, le vestibule et les ampoules sont en rapport avec des organes récepteurs des vibrations portant leur appareil d'accommodation. Ces appareils sont constitués par des cellules à cils vibratiles recevant les vibrations et des cellules régulatrices (cellules paupières Dalton). « Ce qui variera, conclut l'auteur, c'est l'appareil de transmission. » A. PITRES.

Ueber die Osteoklastentheorie (Sur la théorie des ostéoclastes), par Gustave POMMER (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band XCII, Heft* 2, *p.* 296, *et Heft* 3, *p.* 449).

Ce travail est surtout une revue critique dans laquelle sont passées en revue et finalement rejetées les objections faites à la théorie des ostéoclastes de Kölliker. D'après Kölliker, le creusement des canaux de Havers est l'œuvre de cellules spéciales auxquelles il a attribué le nom d'ostéoclastes. Ces cellules situées le long des vaisseaux absorbent la substance fondamentale de l'os sans qu'on puisse trouver trace de modification chimique dans sa composition. Ces cellules sont bien définies au point de vue de leurs fonctions chimiques. Elles sont beaucoup moins bien déterminées au point de vue de leur forme. Cette forme même paraît très variable suivant certaines circonstances au premier rang desquelles il faut mettre la pression des vaisseaux et la résistance de la substance osseuse à la résorption.

Il semble que ce soit à leur protoplasma qu'il faille attribuer la dissolution des sels calcaires, leur résorption, et la résorption de la substance fondamentale.

Si l'on recherche l'origine de ces cellules, on est amené à penser qu'elle n'a rien de particulier et que des cellules d'ordre varié sont susceptibles de devenir des ostéoclastes et, par conséquent, de concourir à la formation des canaux de Havers. Cette donnée a cependant besoin d'être vérifiée.

Les ostéoclastes à noyaux multiples peuvent donner naissance à des cellules nouvelles qui seront ou ne seront pas elles-mêmes des ostéoclastes.

L'augmentation locale de la pression sanguine serait surtout la cause de la formation des ostéoclastes. Cette élévation de pression modifie les

conditions de vitalité du protoplasma cellulaire et des échanges nutritifs. La résorption de la substance osseuse se fait d'après les conditions particulières de pression élémentaire de ces cellules. A. MATHIEU.

Structur und embryonale Entwickelung der Nebennieren bei Säugethieren (Structure et développement des capsules surrénales des mammifères), par GOTTSCHAU (*Archiv. f. Anat. u. Phys. IV, V et VI, Heft* 1883).

L'auteur expose de la façon suivante le développement des capsules surrénales.

Le premier rudiment de la capsule surrénale du côté droit se montre sous forme d'un amas cellulaire annexé à la veine cave ascendante; à gauche il affecte des rapports intimes avec la veine rénale. Ces cellules dont on n'aperçoit nettement que les noyaux, apparaissent avant le développement du grand sympathique.

Les cellules se réunissent en petits groupes entre lesquels cheminent des vaisseaux ; du côté de la partie centrale de l'organe elles se rangent en séries, en travées, qui échangent des anastomoses réciproques. Du grand sympathique naissent bientôt de petits cordons nerveux qui pénètrent directement dans la masse cellulaire.

Dans les capsules surrénales embryonnaires il n'existe pas à proprement parler une substance corticale et une substance médullaire, celle-ci provient par différenciation de la première et elle se montre à une époque tardive, parfois même après la naissance.

La vascularisation précoce de ces organes, la richesse vasculaire qu'ils finissent par acquérir en se développant sont, croit l'auteur, en rapport avec les phénomènes chimiques dont ils sont le siège pendant la vie embryonnaire. ASSAKY.

De l'area cribrosa du rein chez l'homme et quelques mammifères, par P. MÜLLER (*Arch. f. Anat. et Phys., Bd V, VI, Heft* 5 *et* 6, 1883).

L'auteur s'attache à décrire avec précision le nombre et la disposition des tubes urinifères au sommet des papilles rénales.

Chez l'homme les papilles simples sont criblées de 10 à 24 pores; ce nombre monte à 30, parfois à 80 sur les papilles composées. Tantôt les tubes collecteurs s'ouvrent par un orifice arrondi ou allongé, à la surface même des papilles, et dans ce cas les orifices se trouvent irrégulièrement disséminés, tantôt ils vont s'aboucher par petits groupes de 4 à 12 au fond de petites excavations peu profondes tapissées d'un épithélium stratifié. On trouve chez l'homme comme chez le porc des faisceaux musculaires lisses que Henle à décrits autour de la base des papilles. ASSAKY.

Untersuchungen über Menstruation und Ovulation; Anatomischer Theil (Recherches sur la mens ruation et l'ovulation), par LEOPOLD (*Archiv für Gynækologie, Band XXI Heft* 3).

L'auteur a pu examiner les ovaires chez 29 femmes mortes subitement, ou de maladies aiguës, ou à la suite de castrations. Ces 29 cas correspondent aux 1er, 3e, 5e, 7e, 8e, 9e, 10e, 11e, 12e, 13e, 14e, 15e, 16e, 20e, 21e, 22e, 23e, 24e, 26e et 35e jour après l'apparition des règles ; la

série est donc bien près d'être complète, et plusieurs jours sont représentés par deux ou trois exemplaires. Dans tous les cas, l'apparition des règles a été notée d'une façon très précise ; et les pièces, après examen minutieux de leur surface extérieure, étaient conservées quelques jours dans une solution alcoolique faible 60 0/0, puis dans une solution forte. La description de ces pièces devra être lue dans l'original : elle est accompagnée de deux belles planches coloriées, qui en rendent l'intelligence très facile. Les faits nouveaux qui résultent de ces recherches, concernent :

1° Les follicules. La rupture des follicules a lieu en tout temps. Quel que soit le temps écoulé depuis l'apparition des règles, on peut trouver des follicules qui viennent de s'ouvrir, ou qui se sont ouverts spontanément depuis très peu de temps. L'auteur en a rencontré au 5e, 8e, 12e, 15e, 16e, 18e, 21e, 26e et 35e jour après l'apparition des règles. Lorsque la rupture ne date que de quelques heures, l'ovaire présente, à sa surface, une ouverture très fine, ou une petite déchirure, qui conduit dans la cavité d'un follicule ; celle-ci n'est pas encore pleine de sang ou en renferme très peu. Lorsque, au contraire, la rupture remonte à un ou deux jours, on trouve une cicatrice mince, infiltrée de sang, recouvrant une petite cavité pleine de sang et dont les parois, déjà plus épaisses, sont infiltrées de sang. Il résulte de ce fait, que la conception peut avoir lieu en tout temps. Le sperme peut, en tout temps, rencontrer un ovule qui vient d'être expulsé ; et il n'est pas nécessaire d'admettre la conservation du sperme jusqu'à la menstruation prochaine pour expliquer la conception.

Dans un certain nombre de cas, l'auteur a été frappé de la disposition des follicules à se grouper deux par deux, ou trois par trois. Dans ces conditions, l'expulsion de deux ou trois ovules peut avoir lieu simultanément ; cette disposition peut servir à expliquer la fréquence relative des grossesses gémellaires.

Certains follicules paraissent subir les métamorphoses régressives sans avoir expulsé leur ovule. Le fait a déjà été signalé (Dalton, Th. Rouget, *Dict. encyc.*, art. Ovaire). Le contenu de ces follicules présente une coloration sanguine ; la paroi, épaisse de 1 millimètre, est infiltrée de sang et légèrement plissée. C'est peut-être à cet ordre de faits que se rattache la dysménorrhée ovarienne.

2° Les corps jaunes se divisent, pour l'auteur, en deux catégories très distinctes. Le corps jaune typique est celui qui se forme sous l'influence de la congestion menstruelle qui, plusieurs jours avant l'apparition des règles, rend turgides et tuméfiés les organes génitaux internes.

Lorsqu'un follicule s'ouvre à ce moment, sa cavité se remplit immédiatement de sang, et ses parois, distendues au maximum, donnent au follicule l'apparence d'une tumeur rénitente. Si, au contraire, la rupture du follicule a lieu dans l'intervalle des règles, à un moment où l'hyperémie a plus ou moins disparu, il ne se forme dans la cavité du follicule après sa rupture qu'un petit caillot sanguin, et ses parois sont plus ou moins revenues sur elles-mêmes et peu ou pas distendues. C'est le corps atypique. Dans les deux cas, le corps jaune a la même signification ; il est le résultat de la rupture d'un follicule : la différence ne provient que de la période où il s'est formé. Si l'un est plus volumineux, renferme

plus de sang, et est plus long à se résorber, c'est que l'ouverture du follicule a eu lieu pendant la période de congestion menstruelle. Dans cette description, il n'est pas question du corps jaune de la grossesse, qui parait se rapprocher beaucoup de la première variété, corps jaune typique.

Plusieurs des faits recueillis par l'auteur montrent que malgré une menstruation régulière, il peut se faire que l'ovaire ne renferme pas un seul corps jaune récent, correspondant à la dernière menstruation. Un autre fait (ovaires obtenus par castration 35 jours après le début des dernières règles), montre que malgré l'absence de menstruation, et en dehors de la grossesse, il peut y avoir formation d'un corps jaune typique, correspondant à l'époque où aurait dû paraître la menstruation. Il peut donc y avoir menstruation sans ovulation, et ovulation sans menstruation.

L'auteur est amené, par ces faits, à donner de la menstruation une théorie différente de celle admise jusqu'à ce jour. La menstruation est pour lui un phénomène particulier à l'organisme féminin, qui a son point de départ dans l'ovaire, son expression extérieure dans l'utérus. Par sa périodicité, elle appartient à une catégorie de phénomènes rythmiques, comme le pouls et la respiration ; pas plus que le pouls et la respiration, l'hémorragie menstruelle n'a reçu jusqu'ici d'explication suffisante.

La congestion menstruelle est sous la dépendance de la constitution anatomique de l'utérus, particulièrement de sa muqueuse. Elle constitue un phénomène purement passif, dont le point de départ est non la maturation périodique des follicules, mais le développement incessant des ovules et des follicules. La rupture de ces follicules a lieu en tout temps ; mais très vraisemblablement elle a lieu surtout pendant la durée et sous l'influence de la congestion menstruelle. (Voir *R. S. M.*, XXIII, p. 38). H. DE BRINON.

Das Verhalten der Mucosa Uteri während der Menstruation (De la muqueuse utérine pendant la menstruation), par Theodor WYDER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band IX, Heft* 1).

L'auteur s'est proposé de contrôler, par de nouvelles recherches, le résultat des expériences de Möricke et des observations de de Sinéty. On sait que Möricke et de Sinéty sont arrivés, à peu près en même temps et par des voies différentes, à cette conclusion, que la muqueuse utérine reste intacte pendant la menstruation ; qu'il n'y a pas d'exfoliation de l'épithélium. Mais les expériences de Möricke ne sont pas absolument concluantes ; l'examen des parcelles de muqueuse enlevées au hasard par la curette, n'est pas suffisant pour établir l'état de la totalité de la muqueuse utérine ; l'auteur rejette d'ailleurs le procédé de Möricke comme dangereux. Aux observations recueillies par de Sinéty sur le cadavre et sur le vivant, il oppose :

1° Le résultat de 8 autopsies pratiquées au 1er, 3e, 4e, 8e (2 cas) et 9e (2) jour après le début des règles et au 2e jour avant le début des règles. De ces huit cas, deux seulement sont personnels à l'auteur ; les autres appartiennent : cinq à Leopold et un à Williams.

2° Le résultat de neuf observations sur le vivant. Le liquide contenu

dans le col utérin au moment des règles était aspiré avec précaution et examiné au microscope.

L'auteur résume ainsi ses recherches :

1° Pendant la menstruation, une partie de la couche superficielle de la muqueuse est expulsée : ce phénomène présente une extension très variable suivant les cas, s'étendant parfois à la totalité de la muqueuse (Leopold, Wyder), se réduisant parfois à de très faibles proportions (Spiegelberg) On retrouve les parties expulsées soit dans leur état de conservation parfaite (épithélium cylindrique muni de ses cils vibratiles), soit à l'état de détritus ; dans quelques cas même on trouve dans le mucus menstruel comme dans la dysménorrhée membraneuse, de petits lambeaux de muqueuse; mais ces lambeaux, en raison de leur petit volume, ne causent pas de phénomènes dysménorrhéiques.

2° L'expulsion de la muqueuse est la conséquence de l'hémorragie menstruelle ; elle n'est pas due à une dégénérescence graisseuse primitive. La dégénérescence graisseuse est plutôt le résultat du soulèvement et de la désorganisation de lamelles de tissu par le fait de l'hémorragie.

3° Les couches superficielle et moyenne de la muqueuse, qui restent en place, n'ont aucune ressemblance avec la caduque gravide; mais dans les couches profondes, le tissu interglandulaire est le siège d'une hypertrophie cellulaire destinée à remplacer les couches de tissu enlevées par la menstruation.

4° La régénération de l'épithélium superficiel a son point de départ soit dans l'épithélium glandulaire, soit dans les îlots plus ou moins considérables d'épithélium superficiel, qui n'ont pas été entraînés par la menstruation.

H. DE BRINON.

Ueber die Gartner'schen Kanäle beim Weibe (Les conduits de Gartner chez la femme), par DOHRN (*Archiv für Gynækologie, Band XXI, Heft* 2).

Après avoir passé en revue ce qui a été écrit sur ces petits canaux depuis Malpighi (1681) et Gartner (1822) jusqu'à nos jours, l'auteur arrive à ses propres recherches. De ces recherches, qui ont porté sur plus de cent embryons humains, il résulte que :

1° Les conduits de Gartner chez l'embryon humain ne persistent qu'exceptionnellement pendant la seconde moitié de la grossesse, et lorsqu'on arrive à les trouver à cette époque, il est impossible de les suivre dans toute la longueur de leur trajet.

2° Le conduit du côté droit persiste plus longtemps que celui de gauche. La cause de la disparition précoce du conduit gauche est dans la pression exercée par la partie terminale de l'intestin.

3° Les conduits de Gartner sont tapissés d'un revêtement épithélial, formé de cellules cylindriques très basses; ces cellules adhèrent fortement les unes aux autres, et se détachent fréquemment du substratum fibrillaire de tissu connectif, qui les supporte en formant des membranes tubulaires.

4° Comme le canal déférent, le canal de Gartner affecte le plus souvent une forme sinueuse ; cette disposition se retrouve de préférence dans la

partie du canal qui traverse le ligament large et la substance utérine : sa forme est plus droite dans le cul-de-sac vaginal.

5° Le canal de Gartner atteint l'utérus dans la région correspondante à l'orifice interne. Là, il s'enfonce dans la partie externe de la couche musculaire concentrique de l'utérus; dans la partie supérieure de son trajet, il se rapproche de la face externe ; dans la partie inférieure, il se porte en avant et en dedans.

6° Dans le cul-de-sac vaginal, il reste dans la couche sous-muqueuse. Plus loin ses traces deviennent de plus en plus vagues et il disparaît complètement au niveau de l'orifice de l'urèthre. La cause de cette disparition réside dans l'amincissement que subit la cloison urétro-vaginale pendant le développement embryonnaire.

Dans les nombreuses coupes microscopiques qu'a faites l'auteur, il n'a jamais pu retrouver la trace des conduits de Gartner au niveau de l'orifice de l'urètre. Les petits conduits décrits par Kocks ne sont pour lui que des dépressions de la muqueuse urétrale. (*R. S. M.*, XXII, p. 422.) H. DE BRINON.

Recherches sur la structure et le développement des organes génitaux externes de la femme, par E. WERTHEIMER (*Journ. de l'Anat. et de la Physiologie, novembre* 1883).

Ce mémoire, qui touche aux questions les plus intéressantes relativement aux homologies des organes mâles et femelles, a pour point de départ la recherche de la région où, dans la vulve, se termine la peau, pour faire place à la muqueuse. Se basant à la fois sur l'anatomie microscopique chez l'adulte, et sur l'étude du développement, l'auteur montre avec une grande rigueur d'arguments que la peau se termine à la face interne des petites lèvres, c'est-à-dire que le vestibule (ou infundibulum commun aux voix génito-urinaires) est tapissé par une membrane distincte de la peau, aussi bien par sa provenance que par ses connexions ; que cette membrance mérite le nom de muqueuse au même titre que la muqueuse urétrale de l'homme. La zone de transition entre le tégument externe et cette muqueuse est représenté par toute cette portion de la peau qui entoure immédiatement le vestibule, et par les petites lèvres qui en sont une dépendance. Cette zone est d'abord absolument dépourvue de tout organe annexe, aussi bien chez l'enfant nouveau-né que chez le fœtus, c'est-à-dire qu'à cette période ses caractères répondent bien à ceux des zones cutanées lisses, tels qu'ils ont été établis d'une façon générale par Ch. Robin et Cadiat ; mais à partir du quatrième mois, on y trouve les premiers rudiments glandulaires sous forme de bourgeons pleins, partis de la couche de Malpighi, dans lesquels se creusera le canal excréteur futur ; ces saillies s'accusent de plus en plus et émettent des bourgeons secondaires, destinés à devenir les futurs culs-de-sac glandulaires, et formés encore jusque vers trois ou quatre ans de cellules non modifiées; vers cinq ans on les voit se transformer en vésicules creuses. Mais ces glandes restent encore à un état très rudimentaire, même chez l'adulte, pour n'arriver à leur complet développement que pendant la grossesse : alors les petites lèvres, sur une coupe microscopique, parais-

sent criblées de vacuoles, tant les glandes et leurs culs-de-sac sont serrés et rapprochés.

Quant aux questions d'homologie entre les organes des deux sexes, l'auteur montre que le gland du clitoris est bien l'homologue du pénis par son développement, mais en diffère entièrement par sa nature : en effet, ce renflement n'est pas érectile ; il est constitué, comme les petites lèvres, par un tissu conjonctif riche en fibres élastiques, et n'est pas plus vasculaire que ces replis ; du reste, il est produit par la convergence des deux branches de bifurcation inférieures que fournissent en avant les petites lèvres, les deux branches supérieures de cette bifurcation formant le capuchon du gland clitoridien. Ce gland est pourvu de papelles à la base desquelles sont les corpuscules génitaux décrits par Krause, et de plus il possède, dans son épaisseur même, d'autres corpuscules nerveux analogues à ceux de Pacini.

M. DUVAL.

L'anus de Rusconi et la ligne primitive, par Mathias DUVAL (*Compt. rend. de la Soc. de biol.*, *n°* 3, *p.* 59, 1883).

L'auteur s'est servi d'œufs d'axolotl, avec lesquels l'observation est plus facile et dont l'étude l'a conduit aux conclusions suivantes:

Le sillon pigmenté qu'on trouve sur ces œufs et qui rappelle la ligne primitive, est fourni par le rapprochement des bords de l'anus de Rusconi.

En avant de ce sillon s'est formé une goutière médullaire. Les lames de cette goutière, facilement reconnaissables à leur coloration blanche, se rapprochent, se soudent et recouvrent la partie antérieure du sillon (ligne primitive). Celui-ci communique donc en avant avec le canal médullaire, en arrière avec l'extérieur. La partie antérieure forme une saillie qui deviendra la queue, la postérieure formera l'anus.

Il est à remarquer que l'anus de Rusconi, dont une partie devient l'anus définitif des vertébrés, se forme avant que la partie antérieure de l'embryon présente aucune ouverture ou dépression. Van Bambeke a donné des figures de l'embryologie des urodèles où ces phénomènes peuvent être suivis ; mais il n'a pas remarqué les homologies précédemment indiquées. Il semble même confondre la ligne primitive et le sillon médullaire.

M. Mathias Duval a figuré sur des modèles en cire les tranformations successivement observées. Ces préparations en donnent une idée plus nette que les dessins.

MARCUS.

Ueber das Anilinblauschwarz als Tinctionsmittel für Hirnschnitte, par SEGUIN (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 2, *p.* 45, 15 *janvier* 1884).

Comme agent de coloration des coupes du cerveau, Herbert avait recommandé une solution aqueuse aux 4 centièmes de noir bleu d'aniline.

Seguin a trouvé que la non-transparence de cette liqueur n'est pas propice au traitement des coupes quelque peu considérables, aussi lui préfère-t-il une solution aux 2 millièmes ou aux 3 millièmes.

Il est vrai qu'alors la coloration n'est pas si belle, mais les cellules ganglionnaires et la substance grise sont encore bien mieux reconnaissables qu'avec le carmin.

Le noir bleu d'aniline a en outre l'avantage d'être très commode pour photographier des coupes, d'une part parce que la différence de clarté entre les substances grise et blanche est très accusée, d'autre part parce que le ton bleu paraît favoriser les réactions photochimiques.

En revanche, le noir d'aniline est inférieur au carmin pour l'histologie proprement dite, notamment pour suivre le trajet des tubes nerveux.

Dans une solution aqueuse ou alcoolique de noir bleu d'aniline pas trop fraîche et filtrée à plusieurs reprises les préparations se colorent en 12 ou 16 heures. Ensuite on les lave à l'eau pendant une heure ou deux et on les monte.

Les préparations durcies dans l'acide chromique se colorent aussi bien que celles durcies dans l'alcool. J. B.

Eine neue Doppelfärbung des centralen Nervensystems (Nouveau procédé de double coloration pour le système nerveux central), par SAHLI (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 6, p. 144, 15 mars* 1884).

Après durcissement des préparations fraîches dans le bichromate de potasse et montage dans la celloïdine, on fait les coupes qu'on place dans l'essence de girofle ou dans l'éther pour en retirer la celloïdine.

On plonge ensuite ces coupes, pendant 24 heures au moins, au sein d'une solution aqueuse concentrée de bleu de méthylène. Puis on les lave à l'eau avant de les faire séjourner 5 minutes dans une solution aqueuse concentrée d'acido-fuchsine. Après les avoir de nouveau rapidement lavées avec de l'eau, on les dépose quelques secondes dans une solution alcoolique de potasse caustique au millième ; enfin on les replonge à l'eau.

Les préparations, montées à la façon ordinaire dans le baume de Canada, présentent alors déjà, sous un faible grossissement, un très beau mélange bigarré de fibres bleues et de fibres rouges.

A un grossissement plus fort on reconnaît que la différence de coloration des fibres dépend de ce que leurs gaines médullaires renferment en proportion variable une substance qui se teint par le bleu de méthylène. Sahli donne le nom de cyanophile à cette substance.

Sous un grossissement encore plus considérable, les cylindres-axes sont rouges, tandis que les gaines médullaires offrent une grande diversité de nuances. Sur certaines fibres, toute la gaine médullaire apparaît composée de substance cyanophile, tandis que sur d'autres elle semble entièrement formée par la substance érythrophile de Weigert. D'autres fibres offrent l'aspect de la coloration Weigert, tandis qu'il en est où cette teinte passe au bleu. Enfin, dans la majorité des gaines médullaires, on voit alterner, suivant des dispositions variées, les couches concentriques de bleu et de rouge.

Dans la substance grise de la moelle, le réseau de Gerlach formé par les fibres les plus ténues prend, sur le fond rouge, des nuances comprises entre le bleu et le violet.

Déjà à l'œil nu, les cordons blancs de la moelle se distinguent des colonnes grises par leur teinte d'un bleu intense, indiquant la présence d'une grande quantité de substance cyanophile.

Chez l'homme et chez diverses espèces animales, aussi bien les fais-

ceaux de fibres, qui des cordons cunéiformes externes se rendent dans les cornes postérieures, que l'entrecroisement des pyramides dans le bulbe, se font constamment remarquer par leur richesse en substance cyanophile.

De ce fait résulte déjà que la division en fibres sensitives et fibres motrices ne correspond pas sous tous les rapports à la nature des choses.

Sahli estime que le plus grand avantage de son procédé de coloration sera de permettre de mieux apprécier le rôle trop négligé des gaines de myéline. J. B.

PHYSIOLOGIE.

Ueber pseudomotorische Nervenwirkungen (Activité pseudomotrice des nerfs), par R. HEIDENHAIN (*Archiv für Physiologie. Supplement-Band*, 1883).

Philipeaux et Vulpian ont découvert en 1863 que le nerf lingual, qui d'ordinaire est purement sensitif, acquiert vis-à-vis des muscles de la langue des propriétés motrices quelque temps après l'arrachement de l'hypoglosse. En 1873, Vulpian montra que l'excitation du lingual provoque des mouvements dans la langue dès le 4e ou le 5e jour après la section de l'hypoglosse, que ces mouvements sont au maximum du 20e au 30e jour après la section, mais que cette propriété motrice paradoxale appartient en réalité aux filets nerveux provenant de la corde du tympan. D'autre part, Schiff avait trouvé que, peu de temps après la section de l'hypoglosse, le côté paralysé de la langue présente un jeu continuel de petites contractions fibrillaires qui impriment à la surface de l'organe un mouvement oscillatoire.

Heidenhain a repris en détail l'étude de ces faits singuliers. Il constate également à la surface de la langue les petites contractions spontanées qui apparaissent quelques jours après la section de l'hypoglosse. Si l'on tétanise alors le lingual par des courants induits très faibles, il y a seulement exagération des mouvements fibrillaires ; mais si l'on augmente la force de l'excitant, la langue présente une contraction qui la gonfle en entier et lui fait subir un mouvement de torsion. Mais cette contraction de la langue présente des caractères tout différents de celle qui est due à l'excitation de l'hypoglosse du côté sain (contractions étudiées au moyen de signaux électro-magnétiques et de courbes myographiques). La contraction qui suit l'excitation du lingual rappelle celle des muscles lisses : période latente fort longue, pouvant atteindre une durée de plusieurs secondes (période latente plus courte avec une excitation forte), contraction s'établissant lentement, durant quelque temps, et disparaissant graduellement. La contraction débute à la base de la langue et progresse lentement d'arrière en avant ; elle met 1/2 à 1 seconde pour atteindre la pointe. Le plus souvent un seul choc d'induction n'est pas suffisant, il faut une série d'excitations se succédant à court intervalle. L'intervalle

des excitations doit être d'autant plus petit et leur nombre d'autant plus grand que leur intensité est plus faible. Chaque excitation, même inefficace, laisse après elle une augmentation de l'excitabilité qui influe sur les excitations ultérieures.

L'excitation de l'hypoglosse du côté sain donne des secousses simples ou de tétanos en tous points semblables aux contractions normales des muscles striés provoquées par l'excitation de leur nerf moteur. Mais l'excitation directe des muscles de la langue du côté paralysé donne également des secousses ou des contractions tétaniques semblables à celles des muscles striés. La période latente est seulement légèrement allongée (4-6 centièmes, au lieu de 1,5-2 centièmes de seconde). En outre l'excitabilité de ces muscles par les courants induits a diminué, tandis qu'ils sont plus sensibles aux courants constants que les muscles du côté sain.

L'énergie de la contraction provoquée par l'excitation du lingual est infiniment plus faible que celle qui suit l'excitation de l'hypoglosse ou l'excitation directe du muscle lingual. Le contact de l'hypoglosse avec un cristal de NaCl provoque une contraction tétanique de la langue. La même excitation chimique agissant sur le lingual n'est suivie d'aucun effet du côté de la langue.

La nicotine à petite dose excite d'abord puis paralyse l'action du lingual : du côté de l'hypoglosse, la nicotine est sans action. Le curare supprime aussi bien l'action de l'hypoglosse que celle du lingual sur les mouvements de la langue.

L'étude histologique des fibres nerveuses de l'hypoglosse (grosses fibres de 6-15 μ de diamètre) et de la corde du tympan (fibres de 3-4,5 μ de diamètre), tant à l'état sain que sur des nerfs dégénérés après la section, démontra que les muscles de la langue sont uniquement en rapports anatomiques avec les fibres de l'hypoglosse, et que les filets nerveux de la corde du tympan ne présentent aucune connexion directe avec ces fibres musculaires, ni avant, ni après la section de l'hypoglosse. Une fois l'hypoglosse coupé et dégénéré, les fibres musculaires sont entièrement isolées du système nerveux central. Seules les plaques terminales (provenant de l'hypoglosse) sont plus ou moins intactes à la surface des fibres musculaires.

Il est probable que le lingual n'agit pas directement sur les fibres musculaires de la langue, mais par l'intermédiaire des vaisseaux. L'excitation du lingual dilate les vaisseaux et exagère les phénomènes de transsudation. Le liquide transsudé (qui pour un muscle normal n'agit pas comme un excitant) venant au contact des plaques terminales altérées et agissant par leur intermédiaire sur les fibres à excitabilité modifiée, exciterait ces éléments et y provoquerait des contractions. En effet, l'excitation du lingual ne produit ses effets moteurs sur la langue, que si en même temps les vaisseaux de la langue se dilatent : contraction de la langue et dilatation vasculaire marchent toujours parallèlement. Si l'on injecte du sang défibriné sous pression dans l'artère linguale, on obtient le même effet moteur que par l'excitation du lingual. Cependant le facteur prépondérant paraît résider plutôt dans la transsudation, dans la production exagérée de lymphe, que dans l'accélération de la circulation. H... a réussi à obtenir une contraction des muscles de la langue à la suite

de l'irritation du lingual, alors que la circulation était momentanément interrompue dans l'artère linguale. L'expérience suivante semble montrer que chez les muscles modifiés par un commencement de dégénérescence l'imbibition exagérée peut agir comme un excitant : si l'on injecte, au moyen de la seringue de Pravaz, une certaine quantité de solution tiède de NaCl (0,6 0/0) dans la moitié paralysée de la langue, on voit les muscles se contracter d'une façon durable dans le voisinage de l'injection. Si l'on fait plusieurs injections en différents endroits, on pourra provoquer la contraction de toute la moitié paralysée de la langue, tandis que l'expérience ne réussit pas du côté sain.

Il est donc établi que dans les expériences précédemment citées la corde du tympan agit par une voie détournée pour provoquer la contraction des muscles de la langue. C'est probablement en favorisant la transsudation de la lymphe que les fibres nerveuses irritent les plaques terminales et par leur intermédiaire les fibres striées de la langue. Il s'agit d'une action *pseudo-motrice,* très différente de l'action motrice directe ordinaire. L. FREDERICQ.

De la réunion des nerfs de fonction ou de destination différentes, par RAWA (*Centralbl. f. die med. Wissensch.*, n° 34, 1883).

Lorsqu'on lie ensemble (ce procédé vaut mieux que la suture) des nerfs de fonction ou de destination différente, par exemple l'extrémité centrale de l'hypoglosse avec le bout périphérique du vague, droit ou gauche, ou réciproquement, on arrive à des résultats qui se résument ainsi :

1° Les appareils nerveux centraux peuvent innerver des organes qui n'en dépendent point, du moment où ils leur sont unis par des centres nerveux;

2° Ces appareils sont les centres trophiques pour les extrémités nerveuses périphériques;

3° Le temps nécessaire pour l'établissement de la fonction dans un nerf artificiellement uni avec le centre d'un autre nerf est très variable, suivant les animaux; il oscille entre 6 et 16 mois. L. D.-B.

Expériences sur le cerveau des oiseaux, par Ch. RICHET (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.*, 3 *mars* 1883).

On sait que d'après les beaux travaux de Flourens, l'intelligence, chez les oiseaux, siège dans les lobes cérébraux. L'ablation de ces parties fait disparaître toute spontanéité et les animaux ne donnent plus aucun signe d'intelligence.

L'auteur a cru intéressant d'aller plus loin et de rechercher quelles régions de l'encéphale sont plus spécialement consacrées à cette faculté. Plusieurs oiseaux auxquels il a excisé la couche la plus superficielle des hémiphères et enlevé *toute* (?) l'écorce du cerveau (l'auteur recommande pour ces expériences spécialement le canard), ne présentent aucun trouble dans leurs fonctions intellectuelles.

Des observateurs non prévenus ne peuvent distinguer les oiseaux opérés des oiseaux non opérés. L'auteur se permet en conséquence, de

conclure que la destruction *en superficie* du cerveau des oiseaux ne porte aucune atteinte à l'intelligence. Pour les plonger dans le *sommeil sans rêve* décrit par Flourens, il faut une destruction *en profondeur*. On ne peut non plus établir comme loi générale que l'intelligence a son siège dans la substance grise corticale du cerveau. MARCUS.

Sulla circolazione del sangue nel cervello, par MONDINI (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino, juillet* 1882).

Chez un individu atteint d'une large perte de substance de l'os frontal, l'auteur a étudié les variations de la pulsation du cerveau. De nombreux tracés recueillis à l'aide de l'appareil enregistreur de Marey démontrent que durant le passage de la veille au sommeil il se produit une diminution de volume du cerveau, consécutive au changement du rythme respiratoire ; en même temps on voit la hauteur des pulsations augmenter progressivement. H. BARTH.

Sur l'excitabilité directe du faisceau antérieur de la moelle épinière, par Maurice MENDELSOHN (*Compt. rend. de la Soc. de Biol., n° 5 et 6, p.* 96, 1883).

Les expériences tendant à démontrer l'excitabilité directe du cordon antérieur sont soumises à tant de causes d'erreur, que jusqu'ici les expériences les plus rigoureuses comme celles de Vulpian, Fick, etc., ne sont pas à l'abri de toute objection. Mendelsohn cherche à confirmer les assertions des auteurs précités en partant d'un autre point de vue. En calculant le temps nécessaire pour qu'un mouvement se produise à la suite d'une excitation du cordon antérieur, ainsi que le temps qui s'écoule entre l'excitation du cordon postérieur et l'apparition d'un mouvement, l'auteur veut, en comparant les deux valeurs, résoudre la question de la nature réflexe ou non réflexe, de l'excitabilité du cordon antérieur. Les expériences sont faites sur des grenouilles, sur des lapins, et sur des serpents. Il en résulte que la durée de la réaction de la moitié antérieure de la moelle épinière, c'est-à-dire de son cordon antérieur, est plus courte que celle de la réaction de sa moitié postérieure, c'est-à-dire de son faisceau postérieur. La différence entre la durée de ces réactions est égale à 0,01 — 0,025, temps qui correspond à la durée de la transmission transversale de la moelle épinière. Ces faits, d'après l'auteur, plaident en faveur de l'excitabilité directe du cordon antérieur de la moelle et de celle-ci en général. MARCUS.

Ueber das Verhalten der vaso-motorischen Centren des Gehirns und Rückenmarcks gegen electrische, auf Schädel, Wirbelsäule und Cutis gerichtete Ströme (Sur la façon dont réagissent les centres vaso-moteurs du cerveau et de la moelle sous l'influence de courants appliqués sur le crâne, la colonne vertébrale et la peau), par FEINBERG (*Zeitsch. f. klin. Med., Band VII, p.* 282, 1883).

Feinberg a entrepris d'établir, par une série d'expériences sur le lapin, l'influence de l'excitation des centres vaso-moteurs du cerveau et de la moelle.

Les courants galvaniques appliqués à la surface du crâne produisent

une contracture des vaisseaux du cerveau, ce qui montre avec évidence qu'il contient des vaso-moteurs, mais on produit en même temps un resserrement des vaisseaux et un abaissement de température dans les membres du côté opposé du corps. Ce refroidissement peut être de trois ou quatre degrés, il dure dix à vingt minutes, puis la température revient au chiffre normal, ou le dépasse même.

La moelle, lorsqu'on fait passer un courant sur la colonne vertébrale, réagit comme le cerveau quand on fait passer un courant sur le crâne ; seulement l'effet est bilatéral et l'abaissement de température se produit dans les membres antérieurs ou les membres postérieurs, suivant la hauteur à laquelle on applique les électrodes.

Les centres vaso-moteurs du cerveau et de la moelle peuvent être excités par voie réflexe, par exemple lorsqu'on promène sur la peau le pinceau électrique ; mais si on électrise la peau de la région lombaire, l'abaissement de la température est plus marqué dans les membres postérieurs, et inversement si on électrise la peau de la région dorsale.

Chez l'homme, les résultats paraissent moins nets; cependant, chez un malade, l'excitation de la région fronto-pariétale gauche amena un abaissement de deux dixièmes de degrés dans l'aisselle droite. Peut-être le peu de netteté des résultats tient-il à la réserve imposée à l'observateur qui expérimente sur l'homme. M. DEBOVE.

On the Innervation of the heart, with especial reference to the heart of the tortoise (Sur l'innervation du cœur et spécialement du cœur de la tortue), par W.-H. GASKELL (*Journal of Physiology, vol. IV, p.* 43).

Ce travail est divisé en quatre parties : 1° sur le rythme spontané des différentes parties du cœur et du cœur tout entier; 2° succession des contractions des différentes cavités du cœur; 3° action des nerfs cardiaques; 4° action de l'atropine et de la muscarine.

1° De ses observations l'auteur déduit cette loi : La faculté rythmique (indépendante du système nerveux) décroît régulièrement en passant du sinus au ventricule. Pour chaque segment cardiaque, elle varie en sens inverse de sa distance au sinus.

Gaskell étudie les propriétés de la pointe du cœur dans un fragment taillé en V : il en fixe une extrémité et attache l'autre au levier d'un stylet inscripteur. Il provoque ses battements par des secousses d'induction espacées de 10 en 10 secondes; puis fait passer par deux autres électrodes un courant interrompu très faible qui vient superposer son action à la précédente. L'effet de cette intervention auxiliaire est de régulariser l'action de la première espèce d excitation. Lorsque cette régularité est bien obtenue on peut écarter tout excitant étranger et des battements très énergiques se produisent automatiquement. Ce rythme spontané est alors tout à fait analogue à celui des oreillettes ou du ventricule entier; il persiste longtemps, près de 30 heures, après la cessation des excitations. Il est la conséquence de l'irritabilité surexcitée du muscle.

La rapidité des battements du fragment de pointe peut être la même que celle des parties innervées, telles que le sinus, l'oreillette ou le ventricule entier. Ces expériences effacent toute distinction essentielle entre

ce que l'on a appelé les rythmes nerveux et musculaire : il n'y a pas deux espèces de rythmes.

2° *Succession des contractions des différentes cavités du cœur.*—L'auteur ouvre ce chapitre par une étude approfondie de l'appareil nerveux intracardiaque faite au point de vue anatomique. La section et l'ablation de tous les filets nerveux qui relient les oreillettes au ventricule laisse subsister intacte la succession des contractions de ces deux parties : la conservation des seuls liens nerveux entre l'oreillette et le ventricule ne laisse pas subsister cette séquence. Le système nerveux n'y a donc point de part. La raison de la séquence ne peut être que dans une onde de contraction qui, en arrivant de l'oreillette au sillon auriculo-ventriculaire induit une contraction du ventricule. Gaskell a pu saisir au passage cette onde, en ne laissant qu'un pont étroit de substance auriculaire entre le sinus et le ventricule.

Lorsque l'on examine le cœur simple de la raie, l'existence de l'onde de contraction péristaltique est tout à fait évidente : le trajet peut même en être renversé, l'onde artificiellement excitée dans le bulbe artériel remontant par le ventricule jusqu'à l'oreillette et le rythme, se poursuivant ainsi au rebours pendant quelque temps. On peut ainsi rendre le cœur du poisson semblable à celui de l'ascidie qui bat alternativement dans les deux sens. En résumé il y a propagation d'une onde de contraction dont le point de départ se trouve dans la partie du cœur où la structure striée est la moins parfaite; circonstance qui est en rapport avec une propriété rythmique plus développée.

3° *Action des nerfs cardiaques.* — L'excitation du nerf vague chez la grenouille peut produire deux effets : un ralentissement aboutissant à l'arrêt ou l'accélération. Ces deux effets sont indépendants l'un de l'autre. On sait (Nüel) que cette excitation peut produire aussi une diminution de la force des contractions auriculaires ; de même pour les contractions ventriculaires, et à la suite de cette diminution, il se produit un renforcement remarquable. Gaskell a pensé que le vague était capable également de diminuer ou de rétablir le pouvoir de conduction du muscle cardiaque. En résumé, la vitesse des contractions rythmiques automatiques du tissu musculaire du sinus est réglée par les impulsions nerveuses apportées par le système nerveux central au sinus, ou par celles qui lui viennent des autres parties du cœur. — Ce tissu du sinus n'est pas le seul qui possède la faculté du rythme.

Gaskell pense que le nerf vague est le nerf trophique du cœur; il ne contiendrait qu'une seule espèce de fibres capable d'agir sur les différents attributs du muscle cardiaque. Il en serait de ces nerfs comme de ceux qui animent les muscles rouges et blancs du lapin et qui ne sont pas considérés comme dissemblables, bien que produisant des résultats différents. On peut obtenir, par exemple, par l'excitation du vague une inhibition due à trois causes différentes :

1° L'arrêt peut être dû à la cessation du rythme, c'est-à-dire à une action dépressive exercée sur les fibres musculaires qui possèdent au plus haut degré cette faculté rythmique;

2° Il peut être dû à la diminution de force des contractions auriculaires tombant à zéro, c'est-à-dire à l'action dépressive exercée par le nerf sur les fibres musculaires réticulées à contraction rapide de l'oreillette;

3° Il peut être dû à un arrêt de l'onde de contraction au niveau du sillon sino-auriculaire, c'est-à-dire à l'action dépressive exercée par le nerf sur le pouvoir conducteur des fibres musculaires réunissant le sinus à l'oreillette.

Il y a eu dans le premier cas cessation du rythme ; dans le second, cessation de contraction ; dans le troisième, cessation de conduction. Ces trois attributs, d'ailleurs, peuvent être exaltés aussi bien que déprimés par le vague. L'effet primitif est une dépression : mais l'effet final ou consécutif est d'exalter l'activité de ces fonctions. C'est dans ce sens qu'il est permis de dire que le vague est le nerf trophique du cœur.

On compare son action à celle d'une stimulation directe appliquée sur le muscle cardiaque, telle que celle de l'électricité.

On sait qu'en opérant sur la pointe du cœur avec des courants (ouvertures et fermetures) la force de la contraction ne varie point avec celle du courant ; le stimulus minimum est en même temps maximum. — Si les chocs d'induction se succèdent régulièrement, les contractions augmentent successivement de force jusqu'à ce qu'un certain maximum soit atteint (phénomène de l'escalier.) Avec un rythme d'excitation suffisamment rapide, il peut n'y avoir de contraction qu'aux excitations de deux en deux ; si l'on augmente la force il y a contraction pour chaque excitation de la pointe. Le nerf vague produit sur la force de contraction et le pouvoir de conduction du muscle cardiaque les mêmes effets qu'un courant interrompu appliqué directement au muscle et trop faible pour provoquer des contractions.

4° *Action de l'atropine et de la muscarine.* — Bowditch avait déjà étudié l'action de ces poisons. L'atropine porte le pouvoir de contraction du muscle à son maximum de telle sorte que le bénéfice des stimulations successives disparaît. La muscarine déprime le pouvoir de contraction sans faire cesser l'accumulation due aux stimulations successives : le phénomène de l'escalier persiste. Il est naturel que ces substances agissent de la même manière sur la faculté du rythme et sur le pouvoir de conduction. De fait Sokoloff (1881) a montré que l'application de l'atropine restaure le pouvoir rythmique quand celui-ci a été amoindri par d'autres poisons. Gaskell montre qu'elle accélère le développement du rythme automatique et supprime l'escalier de rythme aussi bien que l'escalier de force. Au début, ni la stimulation des nerfs cardiaques, ni la stimulation directe du muscle ne peuvent abaisser le rythme ou la force des contractions : les seuls effets d'accélération ou de renforcement se manifestent. — Plus tard ces effets eux-mêmes disparaissent et le cœur reste inaltérable. Le rythme et la force de contraction sont à leur maximum. C'est dans ce sens que l'on peut dire de l'atropine comme du nerf vague et des courants interrompus que l'action en est trophique, c'est-à-dire toute au bénéfice de l'organe.

L'atropine et la muscarine modifient donc les différentes fonctions du muscle cardiaque ; l'atropine exalte ces fonctions à tel point que les excitations nerveuses ne peuvent plus les abaisser : elle agit aussi sur les ganglions intra-cardiaques. Son action se fait sentir sur le ventricule lors même qu'on ne l'a appliquée que sur le sinus et sur l'oreillette. — Elle agit non seulement sur le tissu musculaire, mais aussi sur les nerfs du cœur.

Le cœur est une portion modifiée du système musculaire ; ses parois se caractérisent en ce que leur structure est intermédiaire aux fibres lisses et striées. Les tissus musculaires présentent trois modes d'activité : la contraction tonique, la contraction rythmique, la contraction rapide ; les types s'en rencontrent dans la vessie de la tortue, le cœur de la tortue, le gastrocnémien de la grenouille. — Dans le premier cas on a une contraction tonique lente à naître, lente à cesser; dans le dernier cas, on a la courbe bien connue du tétanos; dans le cas du cœur on a une contraction tonique sur laquelle viennent se greffer un certain nombre de contractions rapides incapables de se fusionner. Il y a là le tétanos de tonicité de Ranvier, avec une série de contractions rapides comme le muscle strié. Cette dernière propriété disparaît la première dans le cas d'altération du muscle; il ne reste que la contraction tonique. — La rythmicité est une propriété dont on tend de plus en plus à étendre la généralité; on l'a retrouvée dans l'uretère, dans la vessie. Les muscles striés des invertébrés se contractent rythmiquement comme l'a vu Schönlein. Cette propriété poussée à l'extrême devient l'automatisme rythmique, dans certains points du cœur tels que le sinus.

On peut alors dresser le tableau suivant :

	Rapidité de contraction.	Tonicité.	Rythmicité.
Muscles striés des vertèbres.	Très développée.	Rudimentaire.	Très rudimentaire.
Muscle cardiaque.	Développée.	Développée.	Très développée.
Muscle lisse.	Rudimentaire.	Très développée.	Développée.

Le pouvoir rythmique et la force de contraction sont gouvernés par les mêmes lois.

Le pneumogastrique peut produire sur les différentes propriétés du muscle les deux effets opposés d'accroissement et de diminution. D'où l'hypothèse de Heidenhain que ce nerf contiendrait deux espèces de filets nerveux : les filets inhibitoires dépresseurs ; — les filets excitateurs ou de renforcement. Gaskell combat cette opinion. L'augmentation de force ou la diminution de force de la contraction dépendent selon lui, non de l'excitation, mais de l'état du muscle au moment où elle l'atteint ; par analogie il doit en être de même pour l'excitation qui accroît ou diminue la vitesse selon les circonstances où elle trouve le muscle. — Alors il n'y aurait plus qu'une catégorie de fibres.

Si le cœur est atropinisé, les effets de renforcement et d'accélération sont seuls possibles; d'où l'hypothèse que l'atropine agit sur les extrémités nerveuses et paralyse d'abord le dépresseur cardiaque. Mais Gaskell soutient avec Luchsinger et Spilzman et avec Bowditch que l'atropine affecte en réalité le muscle cardiaque lui-même.

Le vague est le nerf trophique du muscle cardiaque : les ganglions interposés sur son trajet transforment sa propriété de motricité en une propriété trophique.

DASTRE.

La circulation du sang, examen critique de la théorie régnante sur le mouvement circulatoire du sang, par Ramon TURRO (traduit de l'espagnol par **J. ROBERT** (*Paris*, 1883).

La théorie actuellement en vigueur et adoptée par tous les physiologistes serait fausse. La science contemporaine commettrait une erreur

notoire quant à l'état des vaisseaux sanguins, au jeu de leur élasticité, à la conception de la tension artérielle, au mécanisme du pouls. Tout serait faux. Et pourquoi? Parce que l'on ne pourrait sortir du dilemme suivant : On dit que les artères sont élastiques et distendues par la pression interne du sang : on dit qu'elles sont contractiles et constamment contractées jusqu'à un état moyen (tonus) par la couche musculaire. — Ceci est contradictoire : ou elles sont contractées, ou elles sont distendues. Si elles sont contractées, il ne faut plus parler d'élasticité, de rétraction *post mortem*, de pouls, etc.; si elles sont distendues, il n'est plus question de tonus, de contraction artérielle, etc. — *Idem nequit simul esse et non esse.*

Les physiologistes, Marey en tête, ont imaginé un système artériel fantastique et idéal, différent de celui qui existe dans la nature. Le système réel est un cône étroit au sommet, vers le cœur (aorte), large vers la périphérie capillaire, où sa surface de section serait 500 fois (Donders) ou 800 fois (Vierordt) plus grande qu'à l'origine artérielle. Dès lors, on ne peut plus dire que la résistance au cours du sang augmente à mesure que l'on s'éloigne du cœur, à mesure que ce liquide coule dans des voies plus larges et plus faciles ; et avec cette résistance périphérique s'évanouit tout ce que l'on fonde sur elle : tension artérielle, onde sanguine, etc. — « La théorie établit que la tension artérielle est déterminée par l'étroitesse de la périphérie, qui obstrue le passage du sang; si cette résistance n'existait pas, une semblable tension ne pourrait exister; car plus d'effet si la cause disparaît. Eh bien!... cette résistance qui devrait exister n'existe pas; au contraire, l'endroit où le canal artériel devra être le plus étroit, c'est où il est précisément le plus large.» Les physiologistes sont inconsciemment sous l'empire de cette notion ancienne et fausse que l'élasticité artérielle est sans limites et serait capable de fermer complètement les vaisseaux si on la laissait se satisfaire.

L'auteur discute ensuite l'expérience fondamentale de Magendie sur les vaisseaux cruraux, celle de Brünner sur la carotide et la jugulaire, celles de Volkmann sur les mêmes vaisseaux chez la chèvre, et il conclut que la tension artérielle ne saurait avoir pour origine la force du cœur emmagasinée dans l'appareil élastique des vaisseaux et simplement restituée ensuite. Cette force est inférieure à celle que l'on obtient réellement, et la différence en moins n'est pas d'origine élastique ; elle appartient à la contractilité artérielle. Le cœur ne pourrait développer une force suffisante pour non seulement vaincre tous les obstacles, mais soulever, comme cela a lieu, tous les organes, élever et abaisser le cerveau, soulever le pénis en érection, mettre en mouvement les jambes croisées dans certaine position, produire le pouls des organes, ébranler, en un mot, tout l'organisme, et le soulever comme un poids. — En un mot, l'élasticité artérielle n'agit ni comme les anciens ni comme les contemporains l'ont pensé : elle n'agit pas.

Toutes ces critiques sont spécieuses, mais faciles à écarter. Nous ne nous y arrêterons point, et nous continuerons à exposer les idées de l'auteur.

Il est bien clair qu'en niant la part de l'élasticité artérielle, l'auteur, par compensation, doit accroître celle de la contractilité artérielle. Le

principe de l'erreur commise par Turro est de croire que le rôle de la contractilité artérielle exclut absolument celui de l'élasticité. — C'est l'erreur de la doctrine du « tout ou rien ». C'est le défaut d'analyse suffisante.

Ceci posé, l'auteur examine le jeu des nerfs vaso-moteurs. — Ici il semble commettre une erreur grossière de fait, en croyant que les grosses artères se dilatent en même temps que les artérioles. Turro prend alors à partie la loi de l'activité du cœur, de Marey, et insiste sur les restrictions que le jeu des nerfs vaso-moteurs vient apporter à cette loi : mais ces restrictions sont connues depuis longtemps et admises par M. Marey lui-même.

L'auteur passe ensuite à l'examen des idées de M. Vulpian, et il les soumet encore au même procédé violent de raisonnement : si c'est le tonus musculaire qui fixe le calibre du vaisseau, ce n'est pas l'élasticité ; si c'est l'élasticité, ce n'est pas le tonus. — Si l'on est vitaliste, on n'est point mécaniciste ; si l'on est mécaniciste, on n'est point vitaliste. — Il est inutile d'insister.

En somme, l'auteur admet que la contractilité artérielle lutte contre l'élasticité. Le tonus contracte le vaisseau : l'élasticité combattue ainsi tend à se satisfaire en l'élargissant, pour le ramener à sa forme passive, à son calibre de repos. Il y a ainsi un jeu réciproque entre le tissu elastique et le tissu musculaire. Dans le cas de dilatation vasculaire, ce n'est point seulement la pression sanguine qui serait un agent de distension, ce serait aussi l'élasticité artérielle. C'est faire jouer à l'élasticité artérielle un rôle précisément inverse de celui qu'on lui attribue : c'est nier les expériences de Poiseuille sur la dilatation systolique des artères. A ce jeu de l'élasticité, l'auteur substitue la contraction rythmique des artères. Et avec ces deux principes il explique les phénomènes de la circulation. Un fait semble juger l'hypothèse. Les artères sont réduites de volume *post mortem*. Elles devraient augmenter dans le système de Turro. Pour se tirer de cette objection, l'auteur est obligé d'admettre une rigidité cadavérique spéciale qui dissimule l'effet élastique. Les hypothèses s'accumulent ainsi sur les hypothèses. Le travail de bonne foi de M. Turro est un simple échantillon de l'esprit de système. Les physiologistes de profession n'ont rien à y apprendre.

DASTRE.

Zur Bestimmung der Umlaufszeit des Blutes (Durée de la circulation), par L. HERMANN (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIII, p.* 169).

Hermann décrit une modification du procédé imaginé, en 1882, par Hering, pour déterminer la durée totale de la circulation, modification qui permet facilement d'expérimenter sur de petits animaux. Le cylindre de l'appareil enregistreur est recouvert d'une feuille de papier à filtre (exempte de fer). Pendant que le cylindre est en marche, on injecte chez le lapin, par le bout central d'une jugulaire, 5 centimètres cubes d'une solution à 10 0/0 de ferro-cyanure de *sodium* (produit chimique commercial qui n'est pas toxique comme les sels de potassium). Un aide marque sur ce papier le commencement et la fin de l'injection. Le sang qui s'écoule par la canule fixée dans le bout périphérique de l'autre jugulaire

est reçu directement sur le papier à filtre en mouvement et y laisse une trace circulaire. L'expérience terminée, le papier est séché, découpé en lanières correspondant chacune à une fraction connue de temps. Chaque lanière est roulée puis projetée dans un tube à réaction contenant de l'eau distillée en pleine ébullition. La décoction est versée dans un second tube à réaction, et additionnée de quelques gouttes d'une solution diluée de chlorure ferrique, puis acidulée par quelques gouttes d'HCl pur). Le précipité de bleu de Prusse y décèle la présence du ferrocyanure de sodium. Si l'on connaît la vitesse de rotation du cylindre et le numéro d'ordre du premier fragment de papier donnant la réaction du ferro-cyanure, on a tous les éléments pour déterminer le temps écoulé entre l'injection du sel dans une jugulaire et son apparition dans l'autre.

L. F.

Die telephonischen Erscheinungen am Herzen bei Vagusreizung (Phénomènes téléphoniques du cœur pendant l'excitation du pneumogastrique), par N. WEDENSKII (*Centralbl. f. d. medic. Wissenschaften, n° 1, 5 janvier 1884*).

Wedenskii introduit deux aiguilles dans le ventricule du cœur dénudé du chien et les relie à un téléphone (bi-auriculaire). En excitant le pneumogastrique par des courants faibles (chocs d'induction produits par le chariot de du Bois-Reymond) on entend dans le téléphone une série de sons, de courte durée, coïncidant avec les pulsations et présentant chacun la même hauteur que le son de l'interrupteur du chariot). Si l'on arrête le cœur en augmentant la force de l'excitant, le bruit cesse.

Chez l'animal atropinisé (paralysie de l'appareil d'arrêt) l'excitation du pneumogastrique produit toujours le phénomène acoustique en question, quelle que soit la force de l'excitant. Dans l'empoisonnement avancé par le curare, l'excitation du pneumogastrique (qui n'arrête plus le cœur dans ce cas) n'a plus aucun effet acoustique.

Wedenskii admet, par conséquent, l'existence de filets moteurs cardiaques dans le pneumogastrique. Grâce à une propriété connue de leurs terminaisons cardiaques (le muscle cardiaque) l'excitation continue de ces filets présente des périodes alternatives d'efficacité et d'inefficacité.

L. F.

Ueber die Wirkung des Aufenthalts in verdünnter Luft auf den Blutdruck (Sur l'action du séjour dans l'air comprimé sur la pression sanguine), par LAZARUS et SHIRMUNSKI (*Zeitsch. f. klin. Med., p.* 299, 1883).

Lazarus et Schirmunski ont étudié l'influence de la raréfaction de l'air sur la pression sanguine; ils ont employé à cet effet le sphygmomanomètre de Basch, qui ne peut, on le sait, donner des valeurs absolues, mais donne les variations relatives de la pression. Les personnes qui se sont soumises à cette expérience étaient introduites dans une chambre pneumatique; on employait vingt minutes à raréfier l'air jusqu'à une demi-atmosphère, on maintenait cette pression pendant vingt minutes, et vingt autres minutes étaient employées à revenir à la pression normale. On constata que dans ces conditions il se produit un abaissement de pression sanguine de 2 à 3 centimètres de mercure. Les phénomènes

subjectifs étaient de la dyspnée, de la lassitude, parfois on constatait de la cyanose.

Des expériences analogues ont été faites avec le sphygmographe de Marey, qui peut, dans une même expérience, servir à apprécier les abaissements relatifs de la pression, les résultats ont concordé avec les précédents. On voyait notamment apparaître un dicrosisme évident, ce qui est un signe de tension faible d'après Marey.

En plaçant des animaux dans les mêmes appareils et en appréciant au manomètre les variations de tension, les auteurs ont encore constaté qu'elle pouvait s'abaisser de un ou plusieurs centimètres de mercure.

La conclusion pratique est qu'il faut déconseiller le séjour des lieux élevés aux malades atteints d'affections de cœur. M. DEBOVE.

Recherches sur les leucocytes du sang, par Al. SCHMIDT (*Archives de physiol.*, 1883).

1° Le contenu du sang en globules rouges varie rapidement et dans de larges limites.

2° Le contenu du sang en leucocytes diminue si rapidement que souvent il n'en reste que 5,10 0/0.

3° Le poids de la fibrine tombe souvent jusqu'à 0°; on peut démontrer qu'il s'agit, dans ce cas, d'un manque de substratum de coagulation

4° Le contenu en ferment vital, si minime dans le sang en circulation, augmente simultanément avec la disparition des leucocytes en dépit des vertus régulatrices de l'économie, jusqu'à mettre la vie en danger; mais toutes les fois qu'il n'y a pas mort subite par des coagulations intra-vasculaires, l'économie parvient à détruire le ferment, de sorte que le sang, en perdant son substratum de coagulation par la consommation des leucocytes, est dépourvu en même temps de la faculté de fournir du ferment posthume en dehors de l'économie. La mort survient ordinairement quand le nombre des leucocytes et le poids de la fibrine ont baissé le plus ; dans les cas de convalescence, les deux valeurs augmentent pour s'élever plus tôt ou plus tard au-dessus du niveau primitif. L'auteur n'a pas pu examiner avec exactitude comment se comportent les globules rouges dans la convalescence ; mais il lui semble qu'ils ne se caractérisent que par le changement subit du nombre et que, dans la maladie comme dans la convalescence, ils ne s'éloignent pas tant de la normale que les leucocytes. V. H.

Versuche über die Respiration des Hühner-Embryo in einer Sauerstoffatmosphere (Expériences sur la respiration de l'embryon de poulet dans une atmosphäre d'oxygène), par Robert POTT (*Archiv für die gesammte Physiologie, XXXI, p.* 268).

Le développement embryonnaire peut jusqu'à un certain point se faire dans l'oxygène. Les vaisseaux de l'allantoïde sont plus rouges, la peau tout entière de l'embryon ainsi que le liquide amniotique présentent la teinte de l'hémoglobine oxygénée. Il y a augmentation dans la quantité de CO^2 produite. L. F.

Recherches sur les variations de l'exhalation pulmonaire de l'acide carbonique, par L. BUTTE (*Thèse de Paris*, *n*° 394, 1883).

L'auteur commence par décrire les différents procédés de dosage de l'acide carbonique de la respiration. Lavoisier (1777), Davy (1800), Allen et Pepys (1808), Apjohn (1830), Valentin et Brünner (1843), Andral et Gavarret, Letellier, Regnault et Reiset (1845), Pettenköfer et Voit (1860), Jolyet et Regnard (1877) ont étudié expérimentalement ce problème. Enfin, en 1882, Gréhant et Quinquaud ont proposé une méthode facile à appliquer. On fait respirer dans un ballon et expirer dans un autre. L'air du ballon plein (50 litres) passe dans le ballon vide, après avoir traversé les poumons de l'animal : pour cela, les deux ballons sont réunis par un tube ayant sur son trajet deux soupapes de Müller, un tube branché sur le précédent amène l'air aux poumons par l'intermédiaire d'une muselière de caoutchouc. Les procédés d'analyse sont connus et ont été exposés ailleurs. Voici maintenant les conclusions :

L'alcool, les mercuriaux, les arsenicaux, les alcalins et le sulfate de quinine font diminuer à des degrés divers la production de l'acide carbonique par les poumons. Dans la pleurésie sèche expérimentale, l'élimination de l'acide carbonique subit aussi une diminution. La section d'un seul pneumogastrique n'a pas d'influence sur l'exaltation pulmonaire de CO^2, mais la section des deux entraîne une diminution en rapport avec les lésions pulmonaires produites. L'injection d'eau dans les veines augmente pendant quelques jours la production de CO^2. La suralimentation avec la poudre de viande accroît aussi la quantité d'acide carbonique : de même pour les bains froids administrés suivant la méthode de Brand.

DASTRE.

Beiträge zur Kenntniss der Entwickelung des Donder'schen Druckes, nebst Untersuchungen über die grösse der Minimalluft (Sur le développement du vide pleural et la valeur de l'air minimal, par Karl-B. LEHMANN (*Arch. f. d. ges. Physiologie*, *XXXIII*, 3 *et* 4, *p.* 198-220).

Lehmann mesure la valeur du vide thoracique en perçant les plèvres des deux côtés après avoir fixé hermétiquement un manomètre à eau dans la trachée. On sait que l'aspiration thoracique n'existe pas au moment de la naissance (Hermann, *Arch. f. d. ges. Phys.*, XXX, p. 276). L'auteur a démontré par un grand nombre de mensurations (voir les chiffres dans l'original) sur des cadavres de jeunes mammifères (enfants, chèvres, chats, chiens, lapins) que le vide thoracique se développe lentement à partir de la naissance. A l'âge de plusieurs semaines (chez la chèvre) il n'atteint que la moitié de sa valeur chez l'adulte. Lehmann en conclut avec Hermann que le développement du thorax se fait plus vite que celui du poumon. Chez les différents individus adultes de même espèce, la valeur du vide pleural est indépendante du poids du corps.

L'air minimal (c'est-à-dire la quantité d'air contenue dans les poumons affaissés, extraits du corps) correspond au moins chez les jeunes animaux à environ 1/8 1/2 de l'air maximal (c'est-à-dire la plus grande quantité d'air que l'on puisse faire tenir dans les poumons par une insufflation forcée).

Pour déterminer le volume de l'air minimal, Lehmann plonge les poumons affaissés dans un vase rempli d'eau. Le déplacement de l'eau représente le volume du poumon, celui de l'air minimal. Le volume du poumon se déduit de son poids (déterminé directement par pesée) divisé par sa densité. Lehmann admet 1060 comme densité moyenne. L. FREDERICQ.

Das Thermotonometer (le thermotonomètre), par **A. GRUENHAGEN** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIII*, p. 59).

Gruenhagen décrit sous le nom de *thermotonomètre* un appareil imaginé par lui il y a plus de dix ans. Cet appareil a servi depuis cette époque à plusieurs séries de recherches (exécutées par Gruenhagen, Samkowy, Hurwitz, Biernath et Pfalz) sur les variations de longueur et de tension présentées par différents tissus (muscles lisses et tissu élastique) sous l'influence de changements de température ou d'excitations électriques. C'est une espèce de myographe très sensible : le fragment de tissu en expérience est suspendu dans un tube de verre entouré d'un espace annulaire que l'on peut à volonté chauffer ou refroidir; il agit sur un levier long et léger dont la pointe trace, sur une surface enfumée, un graphique très amplifié du raccourcissement ou de l'allongement.

Gruenhagen énumère quelques-uns des résultats obtenus au moyen de cet appareil, par lui et par les auteurs cités précédemment.

La portion ciliaire de l'iris (le sphincter étant enlevé) se contracte (chez le lapin et le chat, mais non chez le bœuf), suivant son rayon, sous l'influence de chocs électriques. Les fibres radiées perdent, au contraire, leur contractilité chez le lapin (mais non chez le chat), si l'on a extirpé, depuis au moins cinq jours, le ganglion cervical supérieur du grand sympathique.

Les muscles lisses des animaux à sang chaud, échauffés graduellement, se raccourcissent d'abord, puis, lorsqu'on a dépassé un certain degré de température, ils s'allongent. Par le refroidissement graduel, ils se raccourcissent également en premier lieu, puis s'allongent. Au contraire, chez les animaux à sang froid, l'échauffement allonge d'emblée les muscles lisses et le refroidissement les raccourcit. Mais il existe également chez les animaux à sang chaud des exemples de fibres lisses (muscle *detrusor vesicæ*, de la souris, par exemple) qui se comportent, sous ce rapport, comme les muscles des animaux à sang froid. Tous ces phénomènes ne s'observent que sur les tissus vivants. Le tissu élastique, qu'il soit vivant ou mort, s'allonge par le refroidissement, se raccourcit par la chaleur.

Des fragments de vessies de grenouille ne renfermant pas de cellules ganglionnaires présentent des contractions rythmées s'inscrivant au moyen du thermotonomètre.

Enfin le même instrument peut servir à démontrer que certaines fibres musculaires lisses s'allongent sous l'influence d'une excitation électrique (sphincter de la pupille du chat et du veau). L'allongement (élongation active) est précédé d'une contraction brève. L'atropine supprime la contraction, mais laisse persister l'allongement provoqué par l'excitation.

L. FREDERICQ.

Sur la manière différente dont se comportent les parties supérieure et inférieure de l'intestin grêle au point de vue de l'absorption et de l'exsudation, par LANNOIS et LÉPINE (*Archives de phys.*, 1883).

Les auteurs ont observé que l'anse supérieure absorbe environ les deux tiers de la quantité de peptone introduite dans sa cavité, tandis que dans ce même temps, l'anse inférieure n'en absorbe que la moitié seulement; avec l'huile émulsionnée, la différence a été beaucoup plus accusée; il en a été de même avec le glycose. Au contraire, avec les sels (chlorure de sodium et iodure de potassium), la différence a été moins accentuée.

Si, conjointement avec les substances sus-indiquées, on introduit une petite quantité de sulfate de soude dans les anses supérieure et inférieure, on trouve que l'absorption est moindre dans l'anse inférieure. Si l'on en introduit une plus grande quantité, on produit une transsudation plus abondante dans l'anse supérieure et souvent colorée par du sang.

Si on a détruit préalablement l'épithélium par une injection d'alcool à 45 degrés centésimaux, on n'observe plus de différence dans l'absorption des deux anses. Par anse supérieure, on a entendu la partie supérieure du jéjunum. V. H.

Sopra alcune esperienze riguardanti la fisiologia dell' intestino, par FUBINI et LUZZATI (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino, août* 1883).

Les auteurs ont pratiqué l'isolement d'une anse intestinale chez le chien, suivant la méthode indiquée par Vella, qui consiste à séparer une anse d'intestin grêle, à rétablir par une suture la continuité du tube digestif, et à replacer dans l'abdomen l'anse intestinale isolée, en la fixant par ses deux bouts aux deux extrémités de la plaie abdominale; celle-ci est ensuite recousue, et après la cicatrisation qui est rapide, on a un fragment d'intestin qui conserve toutes ses attaches vasculaires et nerveuses, et qui, entièrement séparé du reste du tube digestif, communiqne avec l'extérieur par ses deux extrémités. Diverses expériences instituées sur des chiennes disposées de cette manière, ont fourni aux auteurs les résultats suivants :

1° La quantité du suc intestinal sécrété est, chez le chien, de 10 grammes par heure en moyenne, pour 30 centimètres d'intestin grêle; ce liquide offre une réaction constamment alcaline; sa densité est de 1010 environ;

2° Dans l'état physiologique, l'intestin ne présente que des mouvements péristaltiques, mais, dans les états pathologiques, l'anti-péristaltisme peut être aussi observé;

3° A la température ordinaire, la vitesse de progression d'un corps solide dans l'intestin grêle du chien, est de 27,5 centimètres environ par heure;

4° Le contact de la bile est un excitant très énergique des mouvements de l'intestin;

5° Le sommeil les ralentit considérablement;

6° Une température élevée rend les contractions intestinales plus actives; une température basse les ralentit;

7° La force de traction d'une anse d'intestin grêle chez le chien, peut vaincre une résistance d'environ 8 grammes;

8° L'excitation du pneumogastrique à la région cervicale n'a pas d'influence appréciable sur les mouvements de l'intestin, mais elle produit une congestion très marquée de la muqueuse. H. BARTH.

Du rôle de la bile dans la digestion intestinale, par VOIT (*Centralblatt f. med. Wiss.* n° 12, 1883).

Étudiant la résorption des albuminoïdes, des corps hydrocarbonés et de la graisse avant et après la production de fistules biliaires, chez des chiens, Voit arrive aux résultats suivants :

1° La suppression de la bile ne semble pas modifier la résorption des albuminoïdes (viande) et des hydrocarbures (sucre et raisin, pain).

2° Elle influence singulièrement la résorption de la graisse. Tandis qu'à l'état normal sur 150 à 250 grammes de graisse, 99 0/0 environ sont résorbés et 1 0/0 seulement apparaît dans les fèces, après la production de la fistule 40 0/0 de graisse seulement sont résorbés. D'où des troubles digestifs, tels que diarrhée et altération des selles après injection de faibles quantités de graisse.

3° La bile n'a pas de propriétés antiseptiques. L. D. B.

Untersuchungen über die Gährung der Cellulose insbesondere über deren Lösung im Darmkanale (Recherches sur la fermentation de la cellulose, et spécialement sur sa dissolution dans le tube digestif), par H. TAPPEINER (*Institut pathologique de Munich, Zeitschrift f. Biologie XX*, 1, *p.* 52-134, 1884).

H. Tappeiner publie un nouveau mémoire sur la fermentation de la cellulose.

Nous nous bornons à donner les conclusions de ce travail considérable et riche en faits, renvoyant à l'original pour le détail des expériences. Chez les grands herbivores, la cellulose se dissout pendant son séjour dans la panse et dans le gros intestin : l'intestin grêle n'intervient pas. La cellulose est dissoute non par l'action d'un ferment soluble, mais exclusivement par une fermentation putride due à des bactéries : les principaux produits de la transformation de la cellulose sont d'une part CO^2, CH^4, de l'autre des acides gras volatils (surtout de l'acide acétique, petites quantités d'acide formique, propionique, butyrique et un isomère de l'acide butyrique, un peu d'aldéhyde). Ces derniers peuvent à la rigueur être considérés comme des aliments. Tappeiner a étudié *in vitro* la fermentation de la cellulose pure (papier, coton) suspendue dans un liquide de culture stérilisé, puis ensemencé au moyen du liquide bactéridien de la panse. Cette fermentation est identique à celle qui se passe chez l'animal vivant. Une autre variété de fermentation cellulosique donne parmi ces produits gazeux H et non CH^4; elle paraît se produire dans l'estomac du cheval. L. F.

Eine Thiry-Vella'sche Darmfistel an der Ziege (Fistule intestinale chez la chèvre), par Karl-B. LEHMANN et R. RICHERT (*Archiv. für die gesammte Physiologie, Band XXXIII*, *p.* 180).

Lehmann a exécuté l'opération de la fistule intestinale (procédé de

Thiry modifié par Vella) sur une chèvre. Le bout d'intestin isolé avait 40 centimètres de long. Le suc intestinal qui s'écoulait par l'ouverture de la fistule quand on irritait mécaniquement la muqueuse était peu abondant (1 — 1 1/2cc par heure), clair, légèrement opalescent, jaunâtre, fort alcalin, d'un goût généralement salé, d'une densité de 1,017.

Il contenait de la mucine, de l'albumine (pas de peptone), des chlorures, des phosphates, à peine des traces de sulfates, pas de carbonates, pas de calcium, à peine de traces de fer. Trois échantillons donnèrent respectivement 3,6, 4,6 et 4,7 0/0 de résidu solide dont 0,76 et 0,83 0/0 de cendres. Lehmann ne put découvrir dans le suc intestinal, ni trypsine, ni diastase, ni ferment inversif, ni action sur la cellulose.

L. FREDERICQ.

On the action of infused beverage on peptic digestion (Action des boissons infusées sur la digestion peptique), par J.-W. FRASER (*Journ. of anat. and physiol., XVIII, octobre* 1883).

L'auteur a étudié l'action des diverses boissons infusées, thés de différentes provenances, maté, café, cacao, chocolat, etc. ; sur la digestion artificielle de plusieurs substances alimentaires. Celles-ci étaient mises avec la boisson expérimentée, additionnée d'une certaine quantité de liqueur peptique de Benger et d'acide chlorhydrique dans un vase disposé de telle façon que le liquide y fût constamment en mouvement. Le tout était maintenu pendant un temps variable à une température de 37°7, et le produit de la digestion était ensuite analysé avec soin. Les nombreuses expériences de Fraser l'ont conduit aux conclusions suivantes :

Toutes les boissons infusées retardent la digestion peptique des substances albuminoïdes alimentaires, mais le café pour le jambon et le blanc d'œuf, le cacao et la cacaotine pour le poisson font exception. La digestion du jambon, des œufs, du bœuf salé ou rôti est moins retardée par l'action du café et du thé que celle des autres aliments. Les boissons faites avec le cacao ont sur la digestion une action plus marquée que le thé et que le café ; ce dernier agit moins que le thé.

Le retard apporté dans la digestion par la présence du thé est causé par le tannin et l'huile volatile ; le premier précipite les substances albuminoïdes non coagulées et entraîne avec elles une certaine quantité de pepsine ; la seconde retarde l'action de la pepsine.

L'alcaloïde du thé paraît favoriser la digestion, mais son action est masquée par celles du tannin et de l'huile volatile. Il en est de même pour le café, dans lequel quelquefois l'action de l'alcaloïde peut prédominer. Quant au cacao son tannin, son huile volatile et son alcaloïde retardent tous la digestion.

Le thé diminue la destruction de l'acide pendant la digestion, le café n'a pas plus d'action que l'eau et le cacao augmente au contraire cette destruction.

Le café et le cacao font passer la digestion peptique des albuminoïdes du stade de peptones à la formation de leucine et de tyrosine. Le thé pendant la digestion d'aliments frais détermine une production plus

abondante de flatuosités; il n'a pas la même action pour les aliments salés.

L'addition de crème et de sucre aux boissons diminue l'action retardatrice du thé sur la digestion et augmente celle du cacao ; pour le café le résultat des expériences est douteux.

L'auteur fait remarquer avec raison que les résultats qu'il a obtenus ne sont relatifs qu'à l'action de la pepsine et de l'acide, sur la production des peptones et de la syntonine, mais qu'on ignore l'effet des boissons qu'il a expérimentées sur la sécrétion et la qualité du suc gastrique.

F. HENNEGUY.

Untersuchungen über den Einfluss einiger stickstofffreier Substanzen speciell des Alkohols, auf den thierischen Stoffwechsel (Recherches sur l'influence exercée par quelques substances non azotées (spécialement l'alcool) sur les oxydations organiques, par J. WOLFERS (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXII, p.* 222).

Les expériences de Wolfers se rattachent étroitement à celles de Zuntz et von Mering : elles ont d'ailleurs été exécutées d'après les mêmes procédés opératoires (injection de substances nutritives dans le sang ou dans l'estomac du lapin), détermination de la valeur des échanges respiratoires au moyen du spiromètre employé par Pflüger et ses élèves). L'auteur résume lui-même de la façon suivante les résultats qu'il a obtenus :

« Les substances hydrocarbonées (à quotient de combustion $\frac{CO^2}{O} = 1$), sucre de raisin et sucre de cannes, peuvent être injectées en grande quantité dans le sang d'un animal sans qu'il y ait augmentation dans la quantité d'oxygène consommée. Le quotient respiratoire se rapproche de l'unité. Le sucre est donc brûlé, mais une quantité équivalente de combustible organique se trouve économisée.

« Par contre la dextrine introduite dans le sang paraît exercer une action excitante notable sur le tube digestif et les reins et augmenter par là l'intensité des échanges respiratoires.

« L'alcool introduit directement dans le sang ou dans le tube digestif augmente notablement la proportion d'oxygène consommée et abaisse la valeur du quotient respiratoire. Cependant le quotient respiratoire ne s'abaisse pas tout à fait à la valeur qu'il aurait si l'alcool était brûlé seul et intégralement dans le corps ($C^2H^6O + 6O = 2CO^2 + 3H^2O$. Quotient de combustion $= 2/3$ ou 0.66). Une notable quantité d'alcool est brûlée dans le corps. L'alcool doit être considéré comme un véritable aliment. La diminution de température interne que l'on observe fréquemment après l'ingestion d'alcool doit donc être attribuée à une augmentation des pertes de chaleur qui dépasse la valeur de l'augmentation dans la production de chaleur. »

L. F.

Beiträge zur Untersuchung des Einflusses stickstoffhaltiger Nahrung auf den thierischen Stoffwechsel (Contribution à l'étude de l'influence exercée par les aliments azotés sur les phénomènes d'oxydation organique), par POTTHAST (*Archiv für die gesammte, Physiologie XXXII, p.* 280).

Les expériences de Potthast se rattachent également à celles précé-

demment citées de Zuntz et v. Mering. Ces deux expérimentateurs avaient trouvé que l'injection de peptone commerciale dans les veines du lapin peut augmenter chez cet animal l'intensité des échanges respiratoires. Potthast a cherché à déterminer à quelle substance le mélange formé par la peptone du commerce devait cette propriété. Il a constaté que la peptone pure ainsi que l'asparagine injectées dans la veine jugulaire du lapin n'ont pas d'influence sur la consommation de l'oxygène. En raisonnant par exclusion on pourrait émettre l'hypothèse que l'action excitante de la peptone commerciale est due à la présence de ferment digestif ou de substances extractives. P... admet qu'une partie de l'asparagine est brûlée dans le corps. Cette substance serait donc un véritable aliment. L. F.

Ueber den Einfluss des comprimirten Sauerstoffs auf die Lebensprocesse der Kaltblüter und auf einige Oxydationen (De l'influence de l'oxigène comprimé sur les processus vitaux des animaux à sang froid et sur quelques oxydations), par K.-B. LEHMANN (*Zurich*, 1883).

Ce travail a été exécuté dans le laboratoire physiologique de Zurich, sous la direction de L. Hermann et de v. Meyer. L'auteur a publié antérieurement dans les archives de Pflüger un premier mémoire dans lequel il montrait que le cœur de grenouille qui peut conserver ses contractions 56 heures encore après avoir été extrait du corps, les perdait en 8 ou 9 heures dans l'oxygène comprimé à 16 atmosphères. Le cœur conservait sa vitalité plus longtemps (de 25 à 30 heures) dans l'azote comprimé à 14 atmosphères et mélangé d'oxygène à 1/5 d'atmosphère. Ces résultats concordaient avec les données de P. Bert relatives à l'action toxique de l'oxygène. Mais, d'autre part, l'action est lente : et l'on sait que les gaz vraiment toxiques arrêtent le cœur en très peu de temps : l'hydrogène sulfuré et le chlore en 2 minutes : l'oxyde de carbone en 40 minutes; l'acide carbonique en 10 minutes. En second lieu, le cœur arrêté par l'oxygène comprimé reprend ses battements lorsqu'il est ramené à l'air, comme il advient lorsqu'on l'a arrêté au moyen de l'azote et de l'hydrogène. L'auteur conclut de ces faits que l'oxygène comprimé n'est pas un poison proprement dit ; qu'il empêche seulement la réparation fonctionnelle. Pflüger (1875) a comparé les cellules vivantes, à cet égard, avec le phosphore qui perd la faculté de luire dans l'oxygène pur.

Overbeck de Meijer (Utrecht, 1881) a étudié l'action de l'oxygène comprimé sur l'épithélium vibratile, sur les infusoires, les spermatozoïdes, les bactéries, et il a conclu que l'oxygène comprimé formait probablement avec le protoplasma une combinaison indissociable et inutilisable pour les processus vitaux.

Lehmann repousse cette explication contredite par les faits précédents. Il étudie ensuite l'effet du refroidissement sur le cœur de grenouille placé dans l'oxygène comprimé. La persistance des battements est alors de 12 heures environ, lors même que la pression descend à 8 atmosphères. Il y a durée plus grande de l'activité cardiaque, fait qui concorde avec le ralentissement connu que le froid exerce sur les activités vitales. En opérant avec l'hydrogène pur, l'auteur arrive sensiblement aux mêmes résultats. Il conclut de là que l'oxygène comprimé agit, non point comme

un poison, mais comme un gaz indifférent, peu propre à entretenir la vie.

Une seconde série d'expériences est entreprise sur des grenouilles. Aubert avait déjà observé que les grenouilles refroidies résistent plus longtemps dans une atmosphère d'azote : il a obtenu des survies de 6 à 8 jours, à la température de 1°; de 9 heures seulement à 7°; de 2 heures à 18° ou 19°. Dans l'oxygène comprimé, les grenouilles se comportent de la même manière : les phénomènes concordent jusque dans les détails avec ceux qu'Aubert a constatés dans l'azote pur et dans l'air raréfié. Après une certaine période, il se produit une paralysie successive du système nerveux central sans aucun phénomène d'excitation ; rarement la perte du pouvoir réflexe est accompagnée de quelques crampes cloniques. Jamais il n'y a eu d'augmentation évidente de l'excitabilité réflexe : une fois seulement on a observé une contracture des extenseurs de courte durée.

L'auteur conteste que chez les animaux à sang froid la paralysie définitive soit constamment précédée de surexcitation de la moelle et de convulsions. Les convulsions manquent d'ailleurs lorsqu'on opère sur les souris : la mort survient avec respirations profondes et lentes. Les convulsions observées chez les oiseaux doivent être considérées comme des convulsions asphyxiques et non comme la manifestation d'un poison convulsivant.

En même temps que la moelle se paralyse, la coloration de la peau s'assombrit : le cœur sanguin et les cœurs lymphatiques continuent à battre activement; les muscles et les nerfs restent excitables. L'excitabilité des nerfs moteurs disparaît en même temps que les battements spontanés du cœur. Les cœurs lymphatiques persistent avec leurs caractères ordinaires, alors même qu'ils ont été séparés de la moelle épinière. Le cœur reste en diastole; l'irritabilité musculaire disparaît en dernier lieu.

La décompression brusque, après une compression prolongée dans l'oxygène à 8-12 atmosphères, détermine un dégagement gazéux abondant dans le sang et les tissus. Ceci se produit lors même que l'oxygène n'est mêlé que de 5 0/0 d'azote. Les convulsions qui apparaissent alors chez la grenouille doivent être attribuées à l'excitation mécanique de la moelle par le dégagement gazeux. On voit aussi des hémorragies musculaires comme conséquence de la décompression. Le gaz dégagé est surtout formé d'oxygène. Les résultats de la décompression, observés par Bert chez les animaux à sang chaud, diffèrent sur quelques points de ceux que Lehmann a obtenus avec les animaux à sang froid.

Le refroidissement accroît d'une façon très notable la durée de la vie aussi bien dans le cas de l'oxygène comprimé que dans le cas des autres gaz (Pflüger, Aubert). Le rétablissement de l'animal est encore possible après un séjour de 30 heures à 12 atmosphères. Les escargots d'hiver refroidis résistent plus longtemps que les escargots d'été. Tous les symptômes qu'éprouve une grenouille dans les gaz inertes, concordent avec ceux qui s'observent dans l'oxygène comprimé. Les phénomènes de rétablissement, lorsque l'animal est ramené à l'air, sont encore les mêmes. L'action des poisons n'étant pas modifiée en sens favorable par le refroidissement, il ne faut pas considérer l'oxygène comme un poison véritable. La mort des animaux dans l'oxygène comprimé est due surtout à la dimi-

nution des échanges matériels : les symptômes sont ceux de l'asphyxie, avec quelques modifications. Quant au mécanisme de cette dénutrition, il est vraisemblable qu'elle est due à l'impossibilité des phénomènes de synthèse, plutôt qu'à un obstacle primitif aux phénomènes de dédoublement.

La seconde partie du travail de Lehmann est consacrée à étudier l'influence de l'oxygène comprimé sur quelques phénomènes d'oxydation, en particulier sur la phosphorence du phosphore.

Le phosphore ne luit ni dans l'oxygène pur (Schœnbein), ni dans l'oxygène comprimé : il ne se produit alors ni acide, ni ozone, mais seulement une substance qui décolore l'amidon iodé et noircit le papier de nitrate d'argent : cette substance est vraisemblablement de la vapeur de phosphore. Tandis qu'entre 20° et 26° le phosphore luit dans l'oxygène pur, il ne luit pas dans l'oxygène comprimé à 10 atmosphères, encore que la température s'élève à 35°. Les oxydations de l'indigo réduit, du sulfate ferreux, de l'acide pyrogallique alcalisé, de la cyanine, s'accomplissent plus énergiquement dans l'oxygène comprimé qu'à l'air libre. Les organismes phosphorescents, lampyres, bactériens, y brillent longtemps sans changement. Lehmann contredit chemin faisant la théorie de Schœnbein et quelques assertions de Davy, Graham, Fischer. Ces résultats, de l'aveu de l'auteur, ne peuvent servir à éclairer le problème de la cause de la mort des cellules animales dans l'oxygène comprimé. DASTRE.

Inwiefern beeinflusst Nahrungszufuhr die thierischen Oxydationsprocesse, (Influence de l'ingestion d'aliments sur les phénomènes d'oxydation interstitielle), par ZUNTZ et von MERING (*Archiv für die gesammte Physiologie. Band XXXII, p.* 173).

On sait depuis longtemps que l'intensité des phénomènes d'oxydation organique (quantité d'oxygène absorbé et de CO^2 exhalé) augmente considérablement à la suite de chaque ingestion d'aliments. Est-ce au travail de la digestion proprement dite (sécrétion des sucs digestifs, mouvements de l'intestin), ou bien à l'introduction dans le sang des produits combustibles de la digestion qu'il faut attribuer l'exagération des combustions interstitielles? Scheremetjewski s'était rallié à la seconde de ces deux hypothèses. Il avait cru constater chez le lapin une augmentation des échanges respiratoires à la suite d'injection intraveineuse de substance de facile combustion (lactate de sodium).

Zuntz et von Mering ont cherché à résoudre la même question par un procédé analogue, mais les résultats de leurs expériences les ont conduits à des conclusions diamétralement opposées; ils ont constaté que l'introduction directe dans le sang de substances combustibles, analogues à celles qui se produisent dans la digestion (lactate et butyrate de sodium, glycérine, sucre, peptone, blanc d'œuf dilué, sérum de bœuf) n'augmente pas sensiblement le chiffre de l'oxygène consommé, ni celui de CO^2 exhalé. Cependant ces substances sont bien oxydées dans l'organisme, car on ne les retrouve pas en quantité notable dans les urines, et d'ailleurs la valeur du quotient respiratoire $\left(\text{rapport } \frac{CO^2}{O}\right)$ se modifie d'après la nature de la substance organique injectée. Si l'on injecte du

sucre dont le quotient de combustion = 1, on trouve un quotient respiratoire voisin de 1, au lieu de 0.77 qu'il était avant l'injection.

La valeur des échanges gazeux, avant et après l'injection de substance nutritive dans la veine jugulaire, était déterminée au moyen d'un appareil respiratoire construit d'après le principe de l'appareil de Regnault et Reiset (appareil imaginé au laboratoire de Pflüger et employé par Roehrig et Zuntz, etc.). Le lapin respire, par l'intermédiaire d'un tube fixé dans la trachée, un mélange gazeux riche en oxygène contenu dans la cloche graduée d'un petit spiromètre. La diminution du volume gazeux contenu dans la cloche à la fin de l'expérience représente l'oxygène consommé, car CO^2 est absorbé à mesure de sa production. Cette absorption de CO^2 se fait dans deux petits flacons laveurs à potasse caustique intercalés entre le spiromètre et l'animal. Le titrage de la potasse avant et après l'expérience indique la quantité de CO^2 produite par l'animal.

L'augmentation des phénomènes chimiques de la respiration qui suit l'ingestion d'aliments, ne peut donc être attribuée à l'introduction dans le sang des produits résorbés de la digestion. Il faut rapporter cette augmentation au travail proprement dit de la digestion : mouvements du tube intestinal et sécrétion des sucs digestifs. C'est ce que von Mering et Zuntz démontrent dans une seconde série d'expériences. Ils introduisent dans l'estomac des substances non oxydables (sulfate de sodium) ou peu oxydables (mannite), mais excitant plus ou moins les mouvements du tube digestif et constatent dans ces conditions une augmentation notable des échanges respiratoires. L'introduction d'une grande quantité de sucre dans l'estomac (excitant de la digestion) est pareillement suivie d'une augmentation du chiffre d'oxygène consommé, tandis que l'injection directe de sucre dans le sang (expérience de Wolfers) n'est suivie d'aucune augmentation. L. F.

Zur Frage des fœtalen Stoffwechsels (Contributions à l'étude des échanges moléculaires chez le fœtus), par WIENER (*Centralblatt für Gynækologie*, *n°* 26, 1883).

Continuant ses recherches sur les échanges nutritifs chez le fœtus, (*Archiv für Gynækologie*, *B. XVII*) l'auteur a fait trois nouvelles expériences.

1° Il injecte dans la poche amniotique d'un fœtus vivant, une solution à 5 ou 10 0/0 de ferrocyanure de potassium; cette injection est presque toujours suivie de mouvements de déglutition du fœtus, et 2 à 3 heures après on constate la présence du sel (à l'aide du perchlorure de fer) dans la plupart des tissus du fœtus, et surtout en abondance sur la paroi de l'estomac et de l'intestin, dans le mésentère, la peau, les reins, etc. La présence du sel dans le mésentère montre qu'il y a eu absorption par le tube digestif; mais il n'est pas douteux qu'il y a eu en même temps absorption par la peau et par le cordon.

2° A l'aide d'une canule introduite dans la bouche du fœtus, l'auteur injecte directement dans l'estomac une petite quantité de lait ; neuf heures après les villosités intestinales sont remplies surtout à la pointe de globules de graisse plus ou moins fins. La muqueuse intestinale du fœtus

peut donc absorber les matières non diffusibles tout aussi bien que les matières diffusibles.

3° L'auteur injecte dans la cavité péritonéale chez des fœtus de lapins et de chiens, la moitié ou le tiers d'une seringue de Pravaz d'huile d'olive; au bout d'un certain temps (16 heures dans un cas, 7 heures dans l'autre) il retrouve ce corps gras dans la plupart des organes du corps, et en particulier dans le tissu du diaphragme, sous forme de longues séries de gouttelettes graisseuses. Ainsi, même en admettant que la canule ait ouvert un vaisseau sanguin et qu'une partie de l'huile ait pénétré directement dans le sang, il n'en est pas moins certain que l'huile a dû passer du sang dans les lymphatiques du diaphragme. Ce résultat est d'autant plus remarquable que chez le fœtus, l'absorption des liquides par la cavité péritonéale n'est favorisée ni par les mouvements du diaphragme qui n'existent pas encore, ni par les mouvements de l'intestin qui sont insignifiants; il faut donc admettre que l'absorption de l'huile est surtout l'effet de l'attraction des capillaires. La rapidité d'absorption de l'huile tend à établir que les courants nutritifs sont assez énergiques chez le fœtus. Le résultat de ces expériences constitue pour l'auteur une preuve nouvelle de l'importance des échanges moléculaires chez le fœtus, et de l'existence de la sécrétion rénale.

H. DE BRINON.

Uterusreize und Uterusbewegung (Influence des excitations utérines sur les contractions de cet organe), par Max RUNGE (*Centralblatt für Gynækologie*, *n°* 21, 1883).

Lorsqu'on ouvre l'abdomen d'une lapine qui n'a pas encore porté, l'utérus se présente sous la forme d'un ruban, d'un rouge pâle, et reste dans une immobilité complète, si l'expérience est poursuivie avec toutes les précautions désirables. Si l'on verse alors dans l'abdomen de l'eau à 5 centigrades, de manière que l'utérus en soit enveloppé, le tableau change instantanément ; l'utérus se redresse, devient dur dans sa totalité et prend une coloration blanchâtre. Cet état tétanique dure une minute, puis l'utérus revient à son état primitif; mais il est plus irritable, et quelques faibles contractions se renouvellent encore pendant longtemps. Si l'on maintient l'eau dans laquelle plonge l'utérus à une température voisine de 5°, l'état de contraction persiste plus longtemps, 10 à 15 minutes. La coloration change insensiblement pendant que l'état tétanique se prolonge ; à la teinte blanche, succède une teinte plus rouge et l'on voit les vaisseaux se dilater manifestement et se gonfler de sang, pendant que le tissu musculaire conserve encore sa coloration nettement blanche. Si après l'action plus ou moins prolongée du froid, on applique d'autres excitants, mécaniques, électriques, ou si l'on fait agir la chaleur, il se produit des contractions énergiques ; ce qui prouve que l'action prolongée du froid ne détruit pas l'excitabilité utérine. Le rectum réagit à peu près de la même manière sous l'influence du froid. — Lorsqu'on ouvre l'abdomen d'une lapine dans une pièce où la température est basse, 8 à 10° R. par exemple, il se produit constamment des contractions partielles, assez énergiques de l'utérus.—Tout autre est l'action de la chaleur; l'eau à 50° C. par exemple, provoque des contractions péristaltiques violentes, qui se renouvellent plusieurs fois, mais elle ne détermine jamais un état tétanique durable. Si l'on prolonge l'action de la chaleur,

10 minutes par exemple, l'utérus devient peu à peu flasque et prend une teinte bleu rouge foncé. Cette coloration est due non seulement aux vaisseaux qui sont gonflés de sang, mais au tissu musculaire; de plus l'utérus devient insensible aux excitants; froid, électricité, etc., il ne se contracte même plus ou très peu sous l'influence de la strychnine, le plus puissant des excitants connus de l'utérus chez le lapin. L'intensité et la durée de cet état paralytique est proportionnelle au degré de chaleur employé et à la durée de l'application. Ainsi, ce qui caractérise l'action du froid, c'est la contraction dure, tétanique et persistante de l'utérus et l'absence du stade de paralysie. Sous l'influence du froid, le tissu musculaire des vaisseaux est frappé d'atonie et la contraction du tissu musculaire utérin persiste malgré un état paralytique de la paroi musculaire des vaisseaux. — En élevant progressivement la température de l'eau, on reconnait que le stade de paralysie de l'utérus ne se produit pas au-dessous de 40°.

Au point de vue clinique, on n'a pu constater encore aucune différence entre l'effet du froid et l'effet de la chaleur sur l'utérus, et si la préférence est restée acquise aux injections très chaudes, cela tient uniquement à la plus grande facilité de se procurer le liquide ; et aussi à ce fait que les injections chaudes sont mieux supportées que les froides en gynécologie. Dans certains cas d'indurations périmétriques anciennes ou de métrites chroniques accompagnées d'hémorragies, l'auteur a même constaté une exacerbation des phénomènes douloureux sous l'influence de l'eau froide ; et dans ces mêmes cas, l'eau chaude jouit de propriétés résolutives incontestables. Mais si l'on s'en tenait aux résultats des expériences, l'eau froide devrait être préférée dans les cas où l'on veut provoquer des contractions utérines de longue durée. H. DE BRINON.

Versuche über die Entwickelung des Hühner-Embryo bei beschränktem Gaswechsel (Experiences sur le développement embryonnaire des œufs de poule chez lesquels on limite l'intensité des échanges gazeux), par Carl DUSING (*Archiv für die gesammte Physiologie XXXIII, p.* 67).

Carl Dusing recouvre une partie (1/3, 1/2, 2/3) de la surface des œufs soumis à l'incubation d'un vernis très peu perméable (vernis d'asphalte) qu'il applique par places. Il constate dans ces conditions une diminution notable de la perte de poids que les œufs subissent d'ordinaire pendant l'incubation. La mortalité de ces embryons est très grande; cependant un certain nombre d'œufs se développent complètement.

Dusing admet, contrairement à l'opinion de Dareste, de Baudrimont et Martin-Saint-Ange, que l'allantoïde se fixe d'abord à la partie de la coquille (même si elle a été vernie), et qu'elle s'étend ensuite régulièrement de proche en proche. L. F.

Influence de la température des femelles en gestation sur la vitalité du fœtus et la marche de la grossesse, par E. DORÉ (*Thèse de Paris, n°* 446, 1883).

L'auteur a exécuté des recherches expérimentales, avec la collaboration de MM. Charpentier et Doléris. Les animaux ont été placés dans des étuves de 32 à 36°, ramenés de temps à autre à l'air libre, et maintenus ainsi à un degré d'hyperthermie. On a observé les faits suivants :

1° Une température de 41° à 42°, obtenue en plaçant l'animal dans un milieu à 32°, ne détermina aucun phénomène grave et n'entraîna jamais la mort du fœtus ;

2° Une température de 43°, obtenue par un surchauffage lent et progressif à partir de 32°, et maintenue peu de temps, n'a pas eu d'inconvénients.

3° Les températures élevées, obtenues par un surchauffage brusque et prolongé à 50° tuent rapidement la mère et le fœtus : il n'y a jamais eu avortement.

4° Il existe de grandes différences individuelles chez les animaux de même espèce, au point de vue de la température normale qui peut varier d'un degré et plus; au point de vue de la rapidité de l'échauffement, au point de vue du degré d'hyperthermie acquis dans un même temps à une température donnée ;

5° L'hyperthermie simple, coupée par de courtes rémissions et ne dépassant point les températures maxima observées dans l'espèce humaine n'eut pas d'influence marquée sur le fœtus. DASTRE.

Notiz über die Ausgleichung der Schliessungs und Oeffnungs-inductionsschläge (Note sur un procédé pour obtenir des chocs d'induction de fermeture et de rupture d'égale intensité), par SETSCHENOW (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXI, p.* 415).

La pile étant reliée à la bobine inductrice du chariot de du Bois-Reymond, on établit au moyen d'une fermeture secondaire une dérivation du courant dans laquelle on intercale une bobine exactement semblable à la bobine inductrice. De cette façon le circuit se trouve dédoublé sur une certaine portion de son parcours : les résistances doivent être les mêmes dans les deux portions de circuit résultant de la bifurcation. Dans ce cas les extra-courants d'ouverture qui se développent dans les deux bobines se neutralisent exactement et les extra-courants de fermeture s'affaiblissent d'autant plus que les résistances de la partie indivise du circuit dépassent davantage les résistances dans chacune des branches de bifurcation. Dans la pratique on obtient une égalité presque complète dans les chocs d'inductions de fermeture et d'ouverture. L. F.

Phénomènes névro-musculaires de l'hypnotisme ; paralysie provoquée pendant l'état cataleptique, par P. RICHER (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.*, n° 36, *p.* 620, 1883).

L'auteur rapporte quelques faits très curieux, qui se rattachent aux phénomènes d'arrêt ou d'inhibition si bien étudiés par M. Brown-Séquard et qui peuvent jeter quelque lumière sur la pathogénie de certaines formes de contracture et de paralysie. Il a constaté que, en outre de l'hyperexcitabilité névro-musculaire propre à l'état léthargique, il est un autre phénomène qu'on observe seulement pendant l'état cataleptique. Les mêmes excitations, qui, pendant l'état léthargique, produisent la contracture, amènent pendant la durée de la catalepsie le relâchement musculaire et la paralysie. — Cette action se traduit d'abord par une diminution du tonus-musculaire des muscles (frictionnés, malaxés, etc.), comme l'indiquent les tracés myographiques, diminution, qui permet

aux antagonistes d'atteindre un rôle prédominant en vertu duquel l'attitude se modifie dans un sens déterminé. La même excitation mécanique d'un muscle ou d'un groupe de muscles provoque (ainsi que l'auteur l'a fait voir par les épreuves photographiques soumises à l'examen de la Société) une attitude qui, dans l'état cataleptique, est précisément l'inverse de celle qu'on obtient pendant la léthargie. Cette paralysie localisée ne persiste pas au réveil et le membre n'a pas perdu son aptitude cataleptique. Si l'excitation mécanique est plus prolongée ou plus générale, la paralysie du membre sera totale et toutes les propriétés cataleptiques auront disparu.

Cette paralysie peut persister pendant que le malade est plongé en léthargie par la pression oculaire ; elle peut persister encore pendant l'état somnambulique provoqué par la friction du vertex et même pendant le réveil. Les réflexes tendineux sont conservés ; l'excitabilité faradique persiste, et la secousse musculaire ressemble à celle qu'on obtient pendant l'état cataleptique.

La sensibilité d'abord absente revient quelque temps après le réveil. Mais la paralysie ne disparaît que très lentement. Un moyen efficace pour la faire disparaître rapidement est la faradisation musculaire.

MARCUS.

I. — Sur l'apparition d'un état cataleptiforme après la mort, par BROWN-SÉQUARD (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.*, *n°* 10, *p.* 191, 1883).

II. — Sur l'apparition, après la mort, d'un état cataleptiforme dû à certaines lésions du centre cérébro-spinal, chez les oiseaux, par le même (*Ibid.* *n°* 11, *p.* 206, 1883).

La section transversale des hémisphères cérébraux des couches optiques du cervelet, du bulbe, de la partie cervicale de la moelle et même l'écrasement de la tête produit un état cataleptique dans les muscles des membres. On le constate en moins d'un quart d'heure après la mort ; il consiste en ce que n'importe quelle extrémité conserve la position qu'on lui donne lors même qu'elle serait opposée à la direction de la pesanteur. Ce phénomène n'a rien de commun avec la rigidité cadavérique, car celle-ci est ultérieure. C'est après l'écrasement de la tête que cet état cataleptique apparaît le plus vite. La moelle, les nerfs moteurs et leurs plaques terminales ne prennent aucune part à ce phénomène. M. Brown-Séquard croit qu'il s'agit là d'une action directe des centres nerveux sur les muscles qu'il étudie maintenant de plus près. MARCUS.

Études expérimentales sur la production des voyelles dans la parole chuchotée, par J. LEFORT (*Acad. des sciences*, 23 *avril* 1883).

En insufflant de l'air dans une cavité de capacité déterminée, ouverte à sa partie supérieure, et que l'on peut agrandir ou diminuer, ouvrir ou fermer à volonté, on produit des sons analogues aux voyelles dans la parole chuchotée. Après avoir analysé les conditions qui permettent ainsi de reproduire chaque voyelle, l'auteur arrive à cette conclusion que les voyelles ne sont pas des timbres, mais bien des notes de hauteur différente d'un même instrument. M. DUVAL.

Eine Verbesserung des Blutwellenzeichners (Perfectionnement du manomètre inscripteur), par A. FICK (*Archiv. für die gesammte Physiologie, XXX, p.* 597).

Dans le nouveau manomètre inscripteur décrit par Fick, l'inertie de la masse à mouvoir est réduite à un minimum. Supposez un tambour à levier de Marey de proportions minuscules, rempli d'air et communiquant par l'intermédiaire d'un tube fort étroit, inextensible et également rempli d'air avec l'intérieur d'un vaisseau ou d'une des cavités du cœur. Les variations de la pression sanguine agiront par l'intermédiaire de la petite masse d'air sur la membrane et de là sur le levier qui trace la courbe. La colonne de liquide intercalée entre l'artère, et le manomètre se trouve donc évitée ici. La colonne de sang qui se déplace à chaque pulsation dans le tube étroit de l'appareil est extrêmement petite : la masse du levier seule entre en ligne de compte, mais n'est pas suffisante pour empêcher l'appareil de traduire fidèlement les variations les plus rapides de la pression sanguine. Fick nous reproduit un exemple de tracé de la pression prise dans le ventricule gauche et de tracé de pression aortique du chien. Ces graphiques rappellent ceux obtenus sur le cheval par Marey et Chauveau. L. FREDERICQ.

CHIMIE MÉDICALE.

Ueber den Faserstoff und seine Entstehung aus dem Fibrinogen (Sur la fibrine et sur la transformation du fibrinogène en fibrine, par Olof HAMMARSTEN (*Archiv für die gesammte Physiologie,* XXX, *p.* 437).

1° Dans ses belles recherches sur le sang, Denis décrit trois variétés de fibrine, basées principalement sur des différences de solubilité. Ces distinctions ont fréquemment été attaquées. Hammarsten a pu se convaincre de leur réalité. Il admet avec Denis:

A. *La fibrine concrète modifiée ou fibrine ordinaire.* Elle n'est pure et exempte de globules blancs, etc., que si on la prépare au moyen de plasma filtré au préalable. On recueille par exemple du sang de cheval dans une solution saturée de NaCl de manière à ce que le plasma contienne environ 4 0/0 NaCl. Le plasma filtré dilué avec de l'eau à + 40° et battu, ne tarde pas à donner une grande quantité de fibrine ordinaire, insoluble dans les solutions de NaCl (5 — 10 0/0) et dans les solutions très diluées de NaHO (0,05 — 0,1 0/0 Na^2O) et d'HCl (0,1 0/0). Cette fibrine se dissout complètement dans le suc gastrique, tandis que la même fibrine obtenue par le battage du sang, digérée avec du suc gastrique laisse un résidu insoluble assez considérable (Dyspeptone) provenant des globules blancs et autres éléments figurés emprisonnés dans le caillot.

B. *La fibrine concrète globuline*, est celle que l'on obtient en lavant

complètement sous un courant d'eau le caillot obtenu par la coagulation au repos du sang veineux. Elle gonfle dans une solution à 10 0/0 de NaCl et peut même s'y dissoudre à la longue complètement en fournissant une solution visqueuse, trouble. Hammarsten attribue cette propriété au grand nombre de leucocytes emprisonnés dans la masse de fibrine. Il suffit en effet d'incorporer un certain nombre de globules de pus à une solution de fibrinogène qui aurait fourni la variété A de fibrine pour obtenir par le battage la variété B de fibrine concrète globuline. Les liquides d'hydrocèle fournissent également la modification B au lieu de la fibrine ordinaire, chaque fois qu'ils sont riches en leucocytes. Le plasma sanguin de cheval fournit également la variété B quand il n'a pas été filtré.

C. *La fibrine concrète pure de Denis* se dissout rapidement à + 40° dans une solution diluée de NaCl en fournissant une substance albuminoïde coagulable par la chaleur entre + 60° et + 65°, précipitable par un excès d'eau ou par saturation au moyen de $MgSO_4$. Il arrive fréquemment que les solutions de fibrinogène pur se coagulent en fournissant cette variété de fibrine soluble. Hammarsten parvient à l'obtenir constamment, en ajoutant à la solution de fibrinogène une très petite quantité de soude (0,015 0/0 Na^2O suffisent). La présence de grandes quantités de paraglobuline peut avoir la même action.

2° *Relations entre la fibrine et le fibrinogène.* Pour Hammarsten la coagulation du plasma et du sang est due au dédoublement du fibrinogène (sous l'influence du ferment de la fibrine) en fibrine d'une part et en une globuline qui reste en solution d'autre part. La paraglobuline du plasma n'intervient pas dans la production de la fibrine. Une solution ne contenant que de l'eau, des sels et du fibrinogène pur, exempt de paraglobuline se coagule quand on l'additionne de ferment. Pour rendre la démonstration plus probante, Hammarsten prépare la solution de ferment par un procédé assez compliqué dans le détail duquel nous n'entrerons pas ici et qui a pour but de l'obtenir pur de tout mélange de paraglobuline. La quantité de fibrine fournie par 100 parties de fibrinogène varie dans des limites assez larges (60 à 94 p. de fibrine). Les différences tiennent peut-être en partie à la richesse inégale des solutions en ferment de la fibrine, et en sels, mais leur cause principale doit probablement être cherchée dans une redissolution plus ou moins abondante de la fibrine formée.

La partie du fibrinogène qui ne se transforme pas en fibrine, fournit une substance albuminoïde qui reste en solution, qui se coagule par la chaleur entre + 60° et + 64° précipitable par NaCl, $MgSO_4$ et par dilution avec l'eau distillée. Cette substance qui appartient au groupe des globulines existe dans le sérum sanguin à côté de la paraglobuline ordinaire dont elle se distingue par son point de coagulation 60° à + 64° au lieu de 70° 75 et par une facilité de précipitation plus grande par NaCl. On peut la préparer du sérum par précipitation fractionnée au moyen de NaCl. (Voir l'original.) Il vaut mieux l'extraire du liquide aqueux provenant de la coagulation d'une solution de ferment exempte de paraglobuline. Hammarsten a fait des analyses élémentaires de cette substance. En voici les chiffres mis en regard de ceux fournis par les analyses élémentaires de fibrine et de fibrinogène pur :

	C	H	Az
Fibrinogène	52.93	6.90	16.66
Fibrine	52.68	6.83	16.91
Globuline de coagulation	52.70	6.98	16.07

Le fibrinogène fournit donc en se coagulant une substance plus riche en azote (fibrine solide) et une substance plus pauvre en azote (globuline de coagulation). Le phénomène est très analogue à celui qui se produit quand on chauffe au delà de + 56° une solution de fibrinogène. On obtient également dans ces conditions une substance insoluble, précipitée, plus riche en azote que le fibinogène (C 52.46; H 6.84; Az 16.93) et une substance qui reste en solution (une globuline) qui est moins riche en azote (C 52,84; H 6,92; Az 16,25). On ne peut cependant pas admettre qu'il s'agit d'un dédoublement de la molécule de fibrinogène en deux molécules plus simples, l'une riche, l'autre pauvre en azote. La principale objection à cette explication provient de ce fait qu'il n'y a pas de rapport constant entre la quantité de substance insoluble formée (fibrine ou fibrinogène coagulé par la chaleur) et la quantité de substance soluble (globuline). H... montre par plusieurs expériences qu'on peut faire varier dans des limites assez larges la quantité de fibrine fournie par la même solution de fibrinogène suivant qu'on y ajoute une quantité plus ou moins grande d'alcali, de NaCl ou de paraglobuline.

H... termine cet intéressant travail en faisant remarquer que sa théorie de la coagulation se rattache étroitement à celle de Denis. Pour Denis : « la *plasmine*, fibrinogène impur, dès qu'elle se coagule hors du plasma, « se métamorphose en *fibrine modifiée concrète* d'une part, et en *fibrine* « *pure dissoute* (globuline) d'une autre part. » L. FREDERICQ.

Beiträge zur Kenntniss der Umwandlung von Eiweisstoffen durch Pancreasferment (Contributions à la connaissance des transformations des matières albuminoïdes par le ferment du pancréas), par Jac.-G. OTTO (de Christiania) (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band VIII, p.* 128).

On fit une bouillie épaisse de fibrine de sang et d'extrait aqueux de pancréas de bœuf, et après les avoir bien mêlés, on les abandonna à la température ambiante, jusqu'à ce que toute la fibrine fut entrée en dissolution. On empêcha la fermentation putride par l'addition d'éther. En ajoutant du sulfate de magnésie, on précipita une globuline ayant pour composition C = 53,17; H = 7,29 Az = 15,8; S = 1,17. Son pouvoir rotatoire mesuré dans une solution contenant 10 0/0 de sel marin est pour $(\alpha)_D = -48,107$. Sa température de coagulation est de 70° — 75°. Par conséquent cette globuline est identique à celle du sérum.

Dans le liquide séparé de la globuline, on ajouta des cristaux de sel marin, qui, par l'addition d'acide chlorhydrique, précipitèrent d'abord un peu d'une propeptone qui possédait les caractères et la composition de celle de la digestion pepsique, on trouva C = 50,6, H = 6,77; Az = 16,9.

On acidula ensuite avec de l'acide acétique le liquide digéré, et on le fit bouillir avec de l'acétate de soude et du chlorure de fer qui précipitèrent complètement la globuline et la propeptone, et on précipita la peptone par l'addition d'acide sulfurique et d'acide phosphomolybdique, on lava le précipité avec de l'acide sulfurique, à 5 0/0, on le décomposa par de la baryte caustique; on enleva l'excès de baryte par un

courant d'acide carbonique, et dans le liquide filtré on ajouta une trace d'acide sulfurique pour achever de décomposer la combinaison barytique. Dans la solution faiblement acide, on précipita la peptone en ajoutant de l'alcool. La peptone ainsi préparée est une poudre faiblement colorée en jaune, contenant 0,3 à 0,6 0/0 de cendres, et semblable par ses caractères à la peptone de la pepsine.

Elle se transforme en propeptone dans les mêmes conditions que cette dernière. Elle a pour composition C = 50,00 ; H 6,81 ; Az = 15,83 S = 1,06.

Les combinaisons de la trypsinepeptone est, d'après les auteurs identique avec le propeptone de Kossel. Ils considèrent donc le trypsinepeptone et le pepsinepeptone comme identiques, et produits par l'hydratation de l'albumine. L'auteur n'attache pas beaucoup d'importance au pouvoir rotatoire à cause des nombreuses sources d'erreurs attachées à sa détermination. Quand on laisse la peptone pendant plusieurs jours au contact de la trypsine, la moitié se transforme en antipeptone et il apparaît en même temps de la leucine et de la tyrosine. L'antipeptone préparée par l'auteur, a les caractères et la composition de la peptone. Il n'admet donc pas comme exacte l'opinion de Kühne, qui regardait la peptone comme un mélange de deux corps différents. E. HARDY.

I. — Ueber Mucin, Metalbumin und Paralbumin (Sur la mucine, la métalbumine et la paralbumine), par Ad. LANDWEHR (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band VIII, p.* 114).

II. — Ein neues Kohlhydrat (thierisches Gummi) im menschlichen Körper (Un nouvel hydrate de carbone (gomme animale) dans le corps humain), par Ad. LANDWEHR (*Ibidem, Band VIII, p.* 122).

I. — La mucine de la salive et celle des colimaçons se décomposent par l'ébullition avec les acides étendus en fournissant un hydrate de carbone qui réduit les sels de cuivre. La mucine de la bile soumise au même traitement ne donne pas d'hydrate de carbone, elle ne paraît pas être une individualité chimique, mais un mélange de globuline, d'acide biliaire et de nucléine.

La nucléine se trouve aussi dans la mucine de la salive, et celle des colimaçons. La paralbumine, d'après Hammerstens, est un mélange de sérum-albumine, de sérum-globuline, et de métalbumine. D'après les recherches de l'auteur la métalbumine est aussi un mélange.

Le contenu d'un kyste avec dégénérescence carcinomateuse des parois, qui donnait toutes les réactions de la métalbumine, fut précipité moitié par de l'alcool absolu, moitié par de l'alcool à 80°. La partie précipitée par l'alcool absolu, lavée et séchée à 120° contenait 10 0/0 d'azote ; la seconde 15 0/0. L'auteur admet qu'il entre dans sa composition une gomme animale.

MM. Gautier, Cazeneuve et Daremberg ont déjà trouvé dans un kyste de l'ovaire une solution qui ne contenait que 6 0/0 d'azote. M. Wurtz a trouvé dans une tumeur colloïde maligne du poumon, 6 0/0 d'azote.

II. — Pour préparer la gomme animale, Landwehr se servit de glandes salivaires, de tissus muqueux, de solution de métalbumine. Il les mit dans une petite quantité d'eau bouillante et les chauffa pendant cinq à six heures dans une marmite de Papin. Après le refroidissement, le résidu

fut comprimé, lavé, et le liquide fut complètement neutralisé par l'acide acétique, et porté à l'ébullition. Dès que l'albumine fut coagulée, on ajouta quelques gouttes de chlorure de fer, et le liquide filtré pour le séparer de l'albumine et de l'acétate de fer basique, fut additionné d'un égal volume d'alcool à 80°. On évapore si la quantité d'eau est trop considérable.

La solution alcoolique est alors agitée avec une solution de chlorure de fer et de carbonate de chaux. La gomme animale, comme le glycogène et l'acide arabique, est entièrement précipitée et fixée à la chaux. La dextrine, le sucre du lait, l'inosite, le sucre de raisin, la peptone restent en solution. Le précipité brun et floconneux, recueilli sur un filtre fut maintenu à l'ébullition dans l'eau jusqu'à ce qu'il fût entièrement dissous. En ajoutant à la solution trois ou quatre fois son volume d'alcool, on précipita la gomme animale sous forme d'un précipité blanc. On la redissout dans l'eau, et on la précipita par de l'alcool auquel on avait ajouté un peu de sel marin, comme pour la préparation glycogène et de l'acide arabique.

Desséchée sur l'acide sulfurique elle a pour composition $C^{12} H^{20} O^{10} H^{2} O$ et à 120° elle perd son eau.

A l'état sec, la gomme animale est blanche ayant l'apparence de la farine, sans goût et sans odeur. Elle est facilement soluble dans l'eau qui prend l'apparence gommeuse. Elle se gonfle dans l'eau, et se dissout en formant un liquide mousseux. Elle est insoluble dans l'alcool et dans l'éther. Mal purifiée, sa solution se colore par le violet de méthyle, puis elle ne change pas de couleur. Elle n'est point colorée par l'iode. Les solutions dévient faiblement la lumière polarisée vers la droite. Une solution alcaline de gomme dissout l'oxyde de cuivre avec une belle couleur bleue ; par l'ébullition elle forme une combinaison basique de cuivre blanc bleuâtre ; il n'y a pas réduction de cuivre. Avec les alcalis et les terres alcalines, elle donne une solution insoluble dans l'alcool. Elle n'est point fermentescible. Par la fermentation putride elle donne de l'acide lactique et ultérieurement de l'acide butyrique et de l'acide acétique. Elle n'est pas décomposée par la salive, la diastase, le suc pancréatique, le ferment du foie. Bouillie avec les acides étendus, elle se transforme en sucre qui réduit l'oxyde de cuivre. Traitée par l'acide azotique, elle donne un produit dinitré non explosible. Elle réduit l'argent en solution ammoniacale.

L'hydrate de carbone obtenu par Pouchet, d'abord dans le poumon des phtisiques, puis dans les poumons sains, paraît être un mélange de gomme animale et de matières albuminoïdes. E. HARDY.

Ueber die Methoden der quantitativen Iodbestimmung im menschlichen Harn (Sur les méthodes quantitatives de dosage de l'iode dans l'urine humaine), par Erich HARNACK (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. VIII, p.* 158, 1884).

Les méthodes connues pour doser l'iode dans l'urine sont fondées sur sa séparation comme iodure d'argent, et surtout, comme l'a montré autrefois Lassaigne, sur sa précipitation à l'état d'iodure de palladium.

L'auteur a repris l'étude de ce sujet, et a confirmé de tous points les faits découverts par Lassaigne. Il dose l'iode de la manière suivante : Il ajoute à un volume mesuré d'urine un excès de soude, de manière à la

rendre fortement alcaline ; il évapore à sec, brûle le résidu et chauffe au rouge. Les cendres qui renferment beaucoup de charbon sont épuisées par l'eau chaude et filtrées. Le résidu resté sur le filtre est de nouveau brûlé avec une addition de soude, calciné, repris par l'eau et filtré, et ce traitement est répété encore deux ou trois fois. Tous les liquides filtrés sont réunis, acidulés par HCl, et précipités par une solution de chlorure de palladium. Après 24 heures, le précipité est recueilli sur un filtre, pesé, desséché, et pesé de nouveau. En retranchant le premier poids du second, on a celui de l'iodure de palladium, et par suite celui de l'iode lui-même.

L'auteur a reconnu qu'on ne peut précipiter directement l'iode dans l'urine par le chlorure de palladium sans de graves erreurs, allant souvent au delà du double. E. H.

Ueber die Bildung von Harnstoff aus Sarkosin (Sur la formation de l'urée par la sarkosine), par E. SALKOWSKY (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. VIII, p.* 149, 1884).

Dans ses dernières recherches sur les changements qu'éprouve la sarkosine en traversant l'organisme, Schiffer dit que la plus grande partie de cette substance passe sans changer d'état, que 1/5 ou 1/6 environ se transforme en acide uro-amidé, et que la plus petite partie de la substance se retrouve à l'état non d'urée mais d'urée méthylée.

Salkowsky, au contraire, soutient que chez le lapin la plus grande partie de la sarkosine passe à l'état d'urée, et que chez le chien, si l'augmentation d'urée est plus petite, elle est néanmoins facile à constater ; une partie de l'urée peut être à l'état d'urée-méthylée, mais cela n'est pas démontré. E. H.

Zue Frage über die Farstoffe des Harns und des Blutserum (Sur la question de la matière colorante de l'urine et du sérum du sang), par Wladimir MICHAILOW (*Centralblatt für die med. Gesselschaft, p.* 417, 1883).

Pour isoler la matière colorante du sérum et l'urobiline de l'urine, l'auteur recommande l'emploi du sulfate d'ammoniaque proposé par Méhu pour précipiter les pigments chimiques et particulièrement pour séparer la matière colorante du sérum du sang et l'urobiline des urines. Cette dernière substance, d'après les expériences de l'auteur, ne peut être entièrement extraite de l'urine ; ce qui reste en solution peut être enlevé au moyen de l'éther acétique. L'alcool ammoniacal ou l'éther acétique ammoniacal oxydent l'urobiline à l'air, en la transformant en biliverdine. Une oxydation artificielle avec du chromate de potasse, ou de peroxyde de manganèse et de l'acide sulfurique ne permettent pas dans tous les cas d'obtenir cette transformation.

Ueber Albumosen (Sur les albumoses), par W. KÜHNE et R.-H. CHITTENDEN (*Zeitschrift f. Biologie, XX,* 1, *p.* 11-51, 1884).

Kühne (*Verhandl. d. med. Vereins u Heidelberg (N. F.)* 1, 236) a donné le nom de hémialbumose à une substance protéique obtenue par l'action des ferments digestifs ou des acides bouillants sur les matières albuminoïdes.

L'hémialbumose serait un produit intermédiaire entre les matières albuminoïdes proprement dites (syntonine) et les peptones, tant par son mode de formation que par ses réactions et ses propriétés. Elle paraît identique à la *propeptone* de Schmidt-Mülheim, et peut-être à l'α — *peptone* de Meissner.

La propeptone se distingue : 1° des albumines : *a*) par sa solubilité dans l'eau bouillante et les solutions salines diluées ; *b*) parce que la propeptone précipitée par l'alcool ne perd pas sa solubilité dans l'eau ; 2° de la peptone : *a*) par son peu de diffusibilité ; *b*) parce qu'elle est précipitée par NaCl ou par NaCl additionné d'acide acétique, ou qu'elle se coagule bien avant 70° c., le coagulum se redissolvant par l'ébullition. Elle diffère également de la syntonine.

K. et C. ont reconnu que l'hémialbumose ainsi caractérisée est un mélange de quatre albumoses différentes :

1° *Protalbumose*, précipitée par NaCl, soluble dans l'eau chaude et froide.

2° *Deutéroalbumose*, non précipitée par NaCl, précipitée par NaCl en présence des acides, soluble dans l'eau.

3° *Hétéroalbumose*, précipitée par NaCl, insoluble dans l'eau froide ou bouillante, soluble dans les solutions salines.

4° *Dysalbumose*, mêmes propriétés que la précédente, mais insoluble dans les solutions salines.

Le mélange de ces albumoses peut être obtenu par digestion peptique de la fibrine ou au moyen de la préparation commerciale connue sous le nom de peptone de Witte de Rostock (qui en réalité est à peu près exempte de peptone et représente surtout de l'hémialbumose).

Préparation : 1500 grammes de fibrine sont placés dans 5 litres d'eau acidulée par HCl (0.4 0/0) pendant 24 heures, puis chauffés à 45° et brassés pendant une heure avec 400 cc. de suc gastrique normal. La fibrine se dissout presque intégralement. Le liquide obtenu est passé à travers un tamis de crin, puis neutralisé au moyen d'une solution diluée de soude. Le précipité de syntonine est séparé par filtration. Le filtrat est traité par un excès de NaCl qui précipite la protalbumose, l'hétéroalbumose et la dysalbumose. Le mélange de ces trois corps est recueilli par filtration. On utilise pour leur séparation l'insolubilité de la dysalbumose dans les solutions de sel (5 0/0), l'insolubilité de l'hétéroalbumose dans l'eau pure exempte de sels (par dialyse), et la solubilité de la protalbumose dans ces liquides.

Quant à la deutéroalbumose qui était restée en solution, on la précipite en acidulant le liquide au moyen d'acide acétique à 30 0/0, salé au préalable. Le liquide qui reste contient encore des traces d'albumoses et de peptones.

K... et C... ont purifié chacune de ces substances par des dissolutions et des précipitations successives, et finalement par une précipitation avec l'alcool. Ils ont étudié avec soin l'action des solutions salines, acides, alcalines, de l'acide nitrique, du ferro-cyanure de potassium, du sulfate de cuivre, du sublimé, de l'ébullition, etc., sur elles. Nous renvoyons à l'original pour le détail de ces réactions. Nous transcrivons ici le tableau qui représente la composition centésimale et le pouvoir rotatoire de différents échantillons de chacune d'elles :

	PROTALBUMOSE.			DEUTÉROALBUMOSE.		HÉTÉRO-ALBUMOSE.	DYSAL-BUMOSE.
	1	2	3	1	2		
C	50.89	50.39	50.54	50.47	50.84	50.74	50.88
H	6.83	6.74	6.69	6.81	6.85	6.72	6.89
N	17.12	17.12	17.34	17.20	17.14	17.14	17.08
S	1.17	1.07	1.17	0.87	1.07	1.16	1.23
O	23.99	24.68	24.26	24.65	24.10	24.24	23.92
Cendres	0.90	0.22	2.58	1.77	0.68	0.90	1.27
Solution alcaline (α) D	—72.64°	—79.05°	—77.90°	—74.41°	—79.11°	—68.650	
Solution acide	—81.22°	—70.56°	—79.64°	—75·93	—75.28°	—60.65°	
Solution dans NaCl				—75.35°	—71.96°		

L. FREDERICQ.

Ueber eine neue Methode die physiologische Oxydation zu messen und über den Einfluss der Gifte und Krankheiten auf dieselbe (Sur une méthode nouvelle de mesurer l'oxydation physiologique et sur l'influence exercée par les poisons et les maladies sur cette oxydation), par M. NENCKI et N. SIEBER (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXI, p.* 319).

On peut, par l'action de différents moyens oxydants (eau oxygénée ozone, hydrure de palladium + eau + 0, etc.), transformer le benzol (C^6H^6) en phénol ($C^6H^5.OH$). Tous ces procédés d'oxydation reposent sur l'intervention de l'oxygène actif, à l'état dit atomique. Or, dans l'organisme on observe la même oxydation du benzol ingéré en phénol (et pyrocatéchine + hydrochinone) que l'on retrouve dans les urines à l'état phénylsulfate ou de phényl-glykuronate.

C'est l'oxygène actif qui prend sans doute naissance dans les phénomènes normaux de l'oxydation physiologique qui intervient ici pour transformer une partie du benzol en phénol. La proportion de phénol qui apparaît dans les urines après l'ingestion d'une quantité donnée de benzol (2 grammes, par exemple, chez l'homme) pourra donc servir de mesure à la quantité d'oxygène actif disponible dans l'organisme, et par suite indirectement à l'intensité des phénomènes chimiques d'oxydation dont les tissus sont le siège.

Nencki et Sieber ont entrepris un grand nombre de dosages de phénol dans les urines (précipiter le phénol à l'état de tribromo-phénol dans le produit de distillation des urines additionnées d'un acide minéral) chez l'homme et les animaux de laboratoire ingérant du benzol. Ils ont constaté que l'intensité des phénomènes d'oxydation, mesurée d'après la quantité de phénol produite, varie d'une espèce à l'autre et d'un individu à l'autre, mais se maintient constante chez un même individu sain, malgré des changements de régime parfois assez considérables.

L'empoisonnement par le phosphore abaisse l'oxydation organique au

minimum : les urines ne contiennent presque pas de phénol après l'ingestion de benzol. Par contre, des doses toxiques d'arsenic ne modifient pas la proportion de phénol formée dans les mêmes conditions (injection d'un gramme de benzol). Les sels des métaux pesants (Cu, Pt) agissent dans le même sens que l'empoisonnement par le phosphore. Il en est de même pour l'éther, le chloroforme, le chloral, qui peuvent faire baisser de moitié le chiffre de phénol formé.

Nencki et Sieber font également quelques expériences d'où il résulte que les phénomènes d'oxydation peuvent être réduits dans l'organisme (comme c'est le cas dans l'anesthésie par l'éther et dans l'empoisonnement par le phosphore) sans que les phénomènes de synthèse (formation de l'acide phénylsulfurique, etc., à la suite d'ingestion de phénol, de résorcine, etc.) aient diminué. Oxydation (benzol $+ 0 =$ phénol) et synthèse (résorcine $+ H^2SO^4 =$ acide sulfoconjugué) sont donc deux processus indépendants l'un de l'autre.

Des expériences faites sur différents malades, il ressort que la pneumonie, l'anémie pernicieuse et peut-être aussi la chlorose ne diminuent guère la proportion de phénol formée après l'ingestion de 2 grammes de benzol, que la pseudohypertrophie musculaire a une action plus marquée, tandis que la leucémie diminue considérablement la proportion de phénol formée. Voici d'ailleurs les chiffres de ces expériences :

	Cas examinés	Phénol après ingestion de 2 gr. de benzol.
1	Homme sain	1.616
2a	Homme sain	0.8881
2b	Le même 5 mois plus tard	0.9150
3	Pneumonie	0.6659
4	Anémie pernicieuse	0.8331
5	Chlorose	0.5772
6	Leucémie	0.125
7	Pseudohypertrophie musculaire	0.4335

Nencki et Sieber terminent en donnant les résultats d'une expérience instituée dans le but de déterminer le sort de la xanthine ingérée. Un chien de 10 kilogrammes, chez lequel les acides urique et cynurique avaient disparu des urines sous l'influence d'un régime alimentaire insuffisant, avait reçu 1 gramme de chlorhydrate de xanthine. La proportion d'urée des urines n'augmenta pas; on n'y trouva ni xanthine ni acide urique. La xanthine avait donc probablement été oxydée complètement en CO^2, H^2O (et Az ?).

Nous renvoyons à la lecture de l'original pour les considérations théoriques fort intéressantes dont ce travail est émaillé. FREDERICQ.

Sur la peptone de la gélatine, par P. TATARINOFF (*Comp. rend. de l'Acad. des sciences, 24 septembre* 1883).

Le produit de l'action des ferments digestifs sur la gélatine possède les mêmes propriétés générales que les corps qu'on obtient par l'action sur la gélatine des acides et des alcalis seuls. Cette gélatino-peptone ne résulte pas d'une modification profonde, mais seulement d'une fixation des éléments de l'eau, comme cela est du reste admis pour la transformation

analogue des matières albuminoïdes en général. La modification produite par le suc gastrique est également obtenue par l'action de l'acide chlorhydrique seul, sans pepsine, à condition d'employer un temps plus long, ou une température plus élevée, ou une solution acide plus concentrée. M. D.

Ueber einige Chromogen des Harns und deren Derivate (Sur quelques chromogènes de l'urine et leurs dérivés), par P. PLÒSZ (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band VIII, p.* 85).

Certaines urines pathologiques contiennent une grande quantité d'une substance chromogène qui, à l'air, s'oxyde en donnant de l'urobiline. L'urobiline s'obtient mélangée d'indigo en agitant avec de l'éther l'urine acidulée d'acide chlorhydrique. Le résidu de l'évaporation est épuisé par de l'eau chaude qui enlève l'acide, puis repris par l'éther qui laisse la plus grande partie de l'indigo insoluble et enlève l'urobiline. On purifie cette dernière en l'agitant avec une solution de soude très étendue. La solution éthérée observée au spectroscope montre une forte absorption de la lumière de D. jusqu'à F. On sait d'ailleurs que lorsqu'on examine l'urobiline au spectroscope, on voit souvent apparaître deux bandes d'absorption, l'une près de D, l'autre près de F. La première existe seule quand l'urobiline est pure, l'autre se montre dans des mélanges d'urobiline et de substances étrangères.

La matière colorante obtenue a une cristallisation indécise. Elle est très soluble dans l'alcool et le chloroforme, plus encore dans l'éther et insoluble dans l'eau. Elle est décomposée par les acides forts, les alcalis, les agents de réduction. Parmi les produits de sa décomposition, on n'a jamais rencontré de scatol.

Les expériences de Bruger ont montré qu'après une injection de scatol, il apparaît une matière colorante dans l'urine, l'uromélanine, que l'on extrait par l'alcool amylique. Le chromogène qui produit cette matière colorante est enlevé à l'urine par l'alcool amylique, et la matière colorante elle-même prend naissance quand on agite ce chromogène avec de l'air. Ce procédé de préparation est dû à M. Rabuteau. La quantité de cette matière colorante excrétée par jour serait de 5 à 6 grammes (?). Elle s'obtient en lames non brillantes en évaporant l'alcool amylique, et lavant ensuite, avec de l'eau, les acides et les alcalis étendus dans lesquels elle est insoluble. Elle est presque insoluble dans le chloroforme, l'éther, plus soluble dans l'alcool, et davantage encore dans l'alcool amylique.

Une solution de cette matière se colore quand on la fait bouillir avec de la soude concentrée et la poudre de zinc. Par distillation sèche, elle donne un liquide qui contient beaucoup de pyrrol.

L'auteur se propose d'étudier si l'uromélanine diffère de la substance décrite par Nencki et Sieber sous le nom d'uroroséine. E. HARDY.

Zur Kenntniss der synthetischen Vorgänge im thierischen Organismus (Sur les phénomènes synthétiques de l'organisme animal), par E. KÜLZ (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band, XXX, p.* 484).

Les lapins qui ingèrent 0,5 gr. de phénol par jour présentent une urine lévogyre. La substance à laquelle ils doivent cette propriété est un acide phénylglykuronique que Külz a isolé. Cet acide ne présente pas de pro-

priétés toxiques. L'ingestion de plusieurs autres substances aromatiques fait apparaître dans les urines des acides conjugués analogues à l'acide phénylglykuronique. L. F.

Ueber die Bildung von Aetherschwefelsäuren (Sur la formation des acides sulfo-conjugués, par Friedrich HAMMERBACHER (*Archiv für die gesammte Physiologie, XXXIII, p.* 94).

Un grand nombre de substances aromatiques du type phénol, introduites dans le corps, s'y unissent à l'acide sulfurique et apparaissent dans les urines sous forme d'éthers acides ou acides sulfoconjugués (ainsi $C^6H^5.OH + H^2SO^4 = H^2O + C^6H^5.OSO^3H$). D'autres substances aromatiques isomères des précédentes ne se combinent pas dans le corps à l'acide sulfurique. Hammerbacher se demande si ces différences ne tiennent pas à ce fait que certaines substances aromatiques attaquent et précipitent les matières albuminoïdes et ne peuvent alors réagir sur l'acide sulfurique, tandis que d'autres qui sont indifférentes vis-à-vis des albuminoïdes se combinent à l'acide sulfurique.

Pour résoudre cette question, il a fait ingérer à des chiens diverses substances aromatiques (ortho -, para - et méta - nitrophénol; α - et β - naphtol; para - et orthotoluidine) dont les unes précipitent l'albumine et les autres pas. Il a déterminé chez les animaux en expérience la proportion de soufre qui existe dans les urines à l'état de sulfates (précipitation directe par le chlorure de baryum) et celle qui existe à l'état d'acides sulfoconjugués (précipitation par le chlorure de baryum après décomposition des éthers acides). Il a constaté de cette façon, contrairement à ses prévisions qu'il n'y a pas de rapport entre la faculté de précipiter l'albumine et celle de fournir ou de ne pas fournir d'acides sulfoconjugués.

L. F.

Zur Kenntniss des Cystins (Sur la cystine), par E. KÜLZ (*Zeits. f. Biologie, XX*, 1, *p.* 1-10; 1884).

D'après les analyses élémentaires de E. Külz, la formule de la cystine ne serait pas $C^3H^7NSO^2$, mais probablement $C^3H^6NSO^2$. Son pouvoir rotatoire en solution ammoniacale déterminé au moyen de l'appareil à pénombre de compensation de Schmidt et Haüsch est $[\alpha]j = -141,22°$ à $-142,02°$. L. F.

I. — Einige Worte über die Diazoreaction (Quelques mots sur la réaction diazoïque), par EHRLICH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 38, 1883).

II. — Zur diagnostischen Bedeutung der Diazoreaction (Valeur diagnostique de la réaction diazoïque, par ESCHERICH (*Ibid.*, *n°* 45, 1883).

III. — Die neue Harnprobe Ehrlich's, par GEORGIEWSKY (*Ibid.*, *n°* 48, 1883).

I. — On appelle diazoïques les corps primitivement amidés dans lesquels une ou plusieurs molécules d'azote se sont substituées à l'hydrogène de l'amidogène (AzH^2); Ehrlich a utilisé leurs propriétés au profit de l'urologie clinique (*R. S. M.*, XXII, 43). Il a montré que les solutions diazoïques fournissaient, en présence de certaines urines, préalablement

mélangées d'ammoniaque, une coloration rouge qui disparaissait au bout de quelque temps et à laquelle se substituait une teinte verdâtre. Cette réaction dépendrait d'un corps qui possède, dans certaines conditions, des propriétés de réduction très intenses.

Or cette réaction ne se produit pas dans l'urine des individus sains, elle est toujours liée aux processus fébriles : on peut cependant l'observer dans la phtisie pulmonaire et dans les affections cardiaques où elle a toujours une signification pronostique défavorable, parce qu'elle est l'expression d'une résorption de matériaux putrides.

Ces assertions d'Ehrlich ont été attaquées par Penzoldt et Petri. Il est facile de voir que ces auteurs ont commis une erreur de technique en employant des solutions trop concentrées de sulfodiazobenzol, résultant de l'emploi d'un excès de nitrate de soude.

Voici le procédé exact d'Ehrlich : Il fait une solution d'acide sulfanilique en saturant au moyen de cet acide une solution de 50 centimètres cubes d'acide chlorhydrique dans un litre d'eau. 250 grammes de cette solution sulfanilique sont mélangés à 5 grammes d'une solution de nitrite de soude à 1/200, ce qui donne 10 centigrammes seulement de nitrite de soude par litre du mélange total. Cette quantité est suffisante.

II. — Le réactif d'Ehrlich, essayé par l'auteur sur les urines de plusieurs centaines d'individus sains, n'a jamais fourni la coloration caractéristique. Chez 36 syphilitiques en traitement, pas de réaction ; sur 90 malades du service de chirurgie, trois ont offert la réaction d'une façon constante, mais ces sujets étaient phtisiques ; elle s'est produite passagèrement chez un malade atteint d'ostéomyélite aiguë, chez un cardiaque et chez un carcinomateux. Sur 89 malades du service de médecine interne, 12 ont fourni des résultats positifs : c'étaient des phtisiques avec diverses complications. Il est rare que les phtisiques échappent à la règle établie par Ehrlich. Dans quatre cas de diphtérie l'auteur a recherché la réaction et l'a trouvée deux fois. Il l'a constatée d'une façon continue chez un sujet atteint de dermatite exfoliatrice.

La fièvre typhoïde est intéressante à étudier à ce point de vue. L'auteur en donne dix observations dont une seule se fait remarquer par l'absence de résultat ; c'était un cas léger. Dans les neuf autres le phénomène apparaissait à la période des températures élevées pour diminuer au troisième septenaire ; il n'a persisté après cette période que dans deux cas terminés par la mort.

En résumé l'auteur confirme les principes généraux posés par Ehrlich, mais n'accorde pas au phénomène une valeur diagnostique ni pronostique importante. Il lui semble lié presque exclusivement aux processus fébriles ou encore à la profonde débilitation de l'organisme.

III. — L'auteur a essayé la réaction indiquée par Ehrlich sur les urines de 200 sujets.

Chez 50 individus bien portants il n'a pas obtenu une seule fois la coloration rouge.

Même résultat négatif avec les urines d'une série de sujets malades non fébricitants parmi lesquels il y avait des névropathes, des syphilitiques, des cardiaques. La réaction s'est produite chez un sujet atteint d'emphysème avec bronchite chronique sans tuberculose.

Dans 7 cas de pneumonie croupale avec fièvre allant jusqu'à 40°, résultat

nul. Dans un huitième cas la coloration a été obtenue pendant dix-sept jours.

Sur cinq cas de pleurésie, le résultat n'a été positif qu'une fois : il s'agissait d'un tuberculeux.

Dix cas de fièvre typhoïde ont fourni des faits positifs, à la période des températures élevées.

Dans la tuberculose pulmonaire des essais fort nombreux n'ont pas révélé à l'auteur les lois auxquelles obéit le phénomène ; il se manifeste chez certains sujets, il manque chez d'autres, et chez un même sujet son apparition est variable. Quelles relations affecte-t-il avec les poussées fébriles, la marche des lésions, l'abondance des bacilles dans les crachats? L'auteur ne peut répondre à ces questions d'une façon précise, mais il est disposé à penser, comme Ehrlich, que la réaction diazoïque indique en général la marche progressive des lésions tuberculeuses. L. GALLIARD.

Ueber das Verhalten der Gallensäuren zu Eiweiss und Peptonen und über deren antiseptische Wirkungen (De l'action des acides biliaires sur les albuminoïdes et les peptones et de leurs propriétés antiseptiques, par MALY et EMICH (*Sitzungsberichte der K.* (*Wiener*) *Akademie der Wissenschaften, vol. LXXXVII*, 133, 1883 ; *séance du* 11 *janvier* 1883).

On sait que les sels biliaires, aussitôt qu'ils apparaissent dans l'intestin, sont décomposés par l'acidité du chyme. Ces sels n'agissent donc plus en tant que sels, mais comme les acides dont ils dérivent.

Partant de cette donnée, les auteurs ont entrepris une série d'études pour rechercher comment ces acides se comportent relativement aux corps albuminoïdes. Ils ont préparé l'acide glycocholique d'après la méthode indiquée par Hüfner, l'acide taurocholique par celle de Strecker, la peptone et la propeptone par le procédé de Salkowsky.

Il résulte de ces expériences que les deux acides ne précipitent pas les peptones et n'entrent dans aucune combinaison avec elles ; que le précipité laiteux ou résineux qui se forme n'est autre chose que l'acide lui-même et que c'est lui qui est précipité par les peptones. L'albumine est précipitée *quantitativement* et mieux encore que par la chaleur. L'acide taurocholique est encore plus sensible pour l'albumine que nos réactifs ordinaires et au moins autant que l'acide tannique ou phosphomolybdique. L'acide taurocholique est un excellent réactif pour séparer des peptones les albumines non peptonisées. Il ne précipite que ces dernières (albumine et syntonine) ; c'est en ce fait que paraît consister son action la plus importante. Elle élimine l'albumine pour que les peptones et propeptones restent seuls en solution et puissent plus facilement être absorbés.

Les recherches sur le pouvoir antiseptique de ces acides ne paraissent pas avoir donné des résultats concluants. MARCUS.

Sur les transformations des nitriles dans l'organisme, par Pietro GIACOSA (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band VIII, p.* 95).

Dans l'urine d'un chien qui avait pris quelques grammes de benzonitrile, corps assez vénéneux, on ne put retrouver les acides benzoïque ou hippurique, ni la benzamide, ni aucun phénol. Le benzonitrile s'échappa

très lentement de l'organisme par la respiration, l'urine et les matières fécales. Les acides sulfoviniques parurent augmenter de quantité, les sulfates sont diminués.

Après l'injection sous-cutanée du phénylacétonitrile qui est encore plus toxique, on peut retrouver dans l'urine une petite quantité d'un acide qui donne à l'analyse des chiffres qui correspondent à l'acide phénacéturique, et qui possède le point de fusion de l'acide hippurique. L'urine, d'ailleurs, ne contenait que très peu d'acide urique et d'acide hippurique. Après l'ingestion d'acétonitrile ou de propronitrile, l'urine contient une plus grande quantité d'acides gras. On a constaté une grande augmentation dans la proportion du phosphate ammoniaco-magnésien aussi bien après l'emploi des nitriles aromatiques que des nitriles de la série grasse.

E. HARDY.

Des sels d'hématine, par Ch. EYSSAUTIER (*Thèse de Bordeaux, n° 7, 1881*).

Le grand écueil dans la préparation du bromhydrate et de l'iodhydrate d'hématine, c'est la présence constante du chlorure de sodium dans le sang. M. Cazeneuve a habilement tourné la difficulté par une série de manipulations sûres, mais longues et compliquées.

L'auteur a imaginé une méthode neuve et simple qui permet d'obtenir facilement des cristaux de sels d'hématine avec des traces de sang.

Deux cas peuvent se présenter selon qu'on opère avec du sang liquide ou avec du sang desséché. Dans le premier cas on additionne le sang de un à deux volumes d'eau distillée. Dans le second cas, on fait macérer la tache dans un petit tube. Il est essentiel que la macération soit le moins possible diluée.

On introduit dans un très petit tube, 1 à 2 centimètres cubes de cette solution sanguine et on ajoute 3 à 5 gouttes d'un liquide obtenu en saturant d'acétate d'argent un mélange de 3 volumes d'eau et de 1 volume d'acide acétique cristallisable. On verse alors dans le même tube 2 à 3 centimètres cubes d'éther et 4 à 6 gouttes d'acide acétique cristallisable et plus, si c'est nécessaire.

Si la quantité d'acide acétique ajoutée à l'éther est insuffisante, l'éther remonte très peu coloré ; si au contraire cette proportion est excessive, le mélange se prend en un magma et l'éther ne remonte plus. Quand l'acide acétique a été mis en proportion convenable, l'éther se sépare rapidement, coloré en brun rouge assez intense. Au moyen d'une petite pipette à bout très effilé, on aspire 1/2 à 1 centimètre cube de l'éther surnageant, que l'on fait écouler goutte à goutte sur une lamelle porte-objet sur laquelle on a préalablement déposé et fait évaporer par la chaleur une goutte de solution d'iodure ou de bromure de potassium à $\frac{1}{200}$. L'éther s'évapore bientôt et il ne reste plus qu'une dissolution d'hématine dans l'acide acétique. On ajoute alors 2 à 5 gouttes de ce même acide et on concentre le tout en chauffant au pourtour du liquide jusqu'à ce que son volume soit assez réduit pour occuper exactement l'espace compris entre la lamelle et le couvre objet qu'on y déposera.

Le bromhydrate et l'iodhydrate d'hématine cristallisent dans le système bi-oblique comme le chlorhydrate.

L'auteur croit que la coloration des sels d'hématine qui peut varier du

jaune-clair au violet et au bleu foncé est en relation avec la quantité de matière colorante entraînée dans la cristallisation.

Les formes cristallines de ces sels ne paraissent pas varier sensiblement avec la nature du sang employé. G. DEVIGNES.

Des variations de l'urée des chlorures et des phosphates dans la tuberculose, par Almire RONSIN (*Thèse de Paris*, 1883).

Voici les conclusions de l'auteur :

1° L'urée et l'acide chlorhydrique sont diminués dans la tuberculose et décroissent avec les progrès de la maladie.

2° Seuls les phosphates sont normaux ou abondants au début, mais très restreints à la période terminale.

3° Ces phénomènes sont plus accentués dans la tuberculose miliaire chronique que dans la phtisie caséeuse.

4° La fièvre diminue les chlorures et élève momentanément l'urée et les phosphates. — Les phases intercurrentes d'apyrexie élèvent le taux du chlore et produisent pour l'urée et le phosphore les mêmes résultats que l'hyperthermie. — La fièvre hectique amène une restriction notable de l'urée du chlore et du phosphore.

5° L'élévation moyenne du taux de ces trois substances est un signe certain d'amélioration; l'abaissement, au contraire, un signe d'aggravation. Leur excrétion donne pour ainsi dire la mesure de la vitalité de l'organisme. E. HARDY.

Neue Terpenreaction (Nouvelle réaction des terpènes), par C. NOBED (*Centralblatt. f. d. med. Wissenschaften, n° 2, p.* 17-19, 12 *janvier* 1884).

Nobed trouve que l'urine des malades qui prennent du copahu, se colore en rouge (3 bandes d'absorption) par HCL. Par la chaleur, la coloration passe au violet (la raie dans le bleu disparaît ou pâlit). La réaction est favorisée par la présence d'agents d'oxydation, tels que le chlorure de chaux, la teinture d'iode, Cette réaction appartient à un terpène, probablement $C^{20}H^{37}$. L. FREDERICQ.

Ueber die Schicksale der Iodoforms und Chloroforms im Organismus (Sur le sort de l'iodoforme et du chloroforme dans l'organisme), par A. ZELLER (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band VIII, p.* 70, 1884).

Un chien reçut dans l'estomac 2,51 grammes d'iode sous la forme d'iode albumine. Il élimina de l'iode par les urines pendant neuf jours. L'urine ne montra d'ailleurs aucune augmentation et particulièrement ne contenait pas d'albumine. Les matières fécales contenaient pendant le même temps de l'iode et de l'albumine. Les combinaisons d'iode et d'albumine paraissent donc être difficilement absorbées. Elles pénètrent dans l'économie dans les cas d'empoisonnement par l'iodoforme ; on trouve alors beaucoup d'iode dans le sang et très peu dans l'urine.

Chez les chiens, on a trouvé un grand excès de chlore chez les chiens qui ont reçu 7 à 10 grammes de chloroforme dans l'estomac et cette excrétion dure pendant neuf jours. Pendant le même temps, l'urine con-

tient une matière qui dévie à gauche la lumière polarisée, mais elle ne renferme pas de matières colorantes particulières. E. HARDY.

Ueber stickstoffhaltige Körper in der Kuhmilch (Sur les substances azotées du lait de vache), par SCHMIDT-MÜLHEIM (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXX,* p. 379). — **Ueber das Vorkommen von Cholesterin in der Kuhmilch (Sur la présence de la cholestérine dans le lait de vache, par LE MÊME** (*Ibid., p.* 384).

Le petit lait débarrassé de peptone, de caséine et d'albumine contient encore 40 à 50 milligrammes d'azote, par 100 centimètres cubes de liquide. Deux dosages très soigneux d'urée fournissent seulement 0,0079 et 0,0103 0/0 de substance. Le petit lait débarrassé d'albumine, de caséines de peptone doit donc contenir des substances azotées autres que l'urée. L'une de ces substances est la lécithine (déjà signalée dans le beurre par Bouchardat et Quevenne). Le petit lait en contient 0,0038 0/0 et le beurre 0,1736 et 0,153 0/0.

Schmidt-Mülheim a réussi également à extraire du lait une substance présentant les réactions de l'hypoxanthine Parmi les constituants non azotés du lait, Schmidt signale pour la première fois la cholestérine.

FREDERICQ.

De l'origine intestinale de certains alcaloïdes normaux ou pathologiques, par Ch. BOUCHARD (*Revue de médecine, p.* 823, 1882).

Les recherches de M. Bouchard l'ont conduit à démontrer l'existence d'alcaloïdes à l'état normal dans le corps des individus vivants. Ces alcaloïdes sont fabriqués dans le tube digestif et sont vraisemblablement élaborés par les organismes végétaux, agents des putréfactions intestinales. Les alcaloïdes des urines normales représentent une partie des alcaloïdes de l'intestin, absorbés par la muqueuse digestive et éliminés par les reins. Les maladies qui exagèrent les putréfactions intestinales augmentent, par ce procédé, la quantité des alcaloïdes urinaires. Tout en considérant comme probable que des alcaloïdes peuvent, dans certaines maladies infectieuses, avoir pour origine les microbes répandus dans les tissus ou dans les humeurs, il paraît certain que, dans la fièvre typhoïde, une partie au moins des alcaloïdes urinaires est de provenance intestinale.

C. GIRAUDEAU.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ueber die Bedeutung der Lymphgefässe bei der chronisch-granulirenden Entzündung (Du rôle des lymphatiques dans l'inflammation chronique, par KOESTER (*Berliner klinische Wochenschrift, n.* 48, *p.* 748, 26 *novembre* 1883).

Les recherches histologiques, comme les expérimentations, ont établi qu'aux stades d'exsudat et de résolution de l'inflammation aiguë, les

lymphatiques participent au processus par un surcroît d'activité absorbante, tandis que dans le stade intermédiaire, l'absorption des vaisseaux lymphatiques est entravée ou interrompue. (Rajewsky. *Virchow's Archiv*, t. LXIV, et Lassar, *idem*, t. LXIX).

Le fait est surtout patent dans la pneumonie aiguë.

Les vaisseaux lymphatiques se comportent tout autrement dans l'inflammation chronique. Dès 1872, l'auteur a montré que, dans le tissu conjonctif enflammé chroniquement ou de nouvelle formation, il n'existe plus de lymphatiques. C'est là un point qui a été admis par Rindfleisch dans son traité d'histologie pathologique.

Dans un travail antérieur (*R. S. M.*, XI, 65), Kœster a décrit les phases de destruction des lymphatiques. On observe d'abord l'hypertrophie et la prolifération de leur endothélium qui devient ensuite trouble et granuleux, pour finalement se désagréger et disparaître. Cette hypertrophie et ces modifications des endothéliums peuvent, dans certaines circonstances, simuler du carcinome.

L'endothélium des radicules lymphatiques, les cellules plates des canalicules plasmatiques subissent la même altération.

E. Wagner, Thierfelder et Schulz qui ont signalé des phénomènes semblables dans la plèvre, les ont interprétés comme étant des cancers endothéliaux.

Récemment, Baumgarten et Baginsky (*Centralbl. f. die med. Wissensch.*, 1882, n° 3 et 4) ont décrit des transformations analogues de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques de la paroi intestinale, mais en ont donné une explication que Kœster n'accepte pas sans réserves.

D'abord, ces lésions de l'endothélium ne concernent que certains stades de l'inflammation chronique, et notamment pas celui où le tissu maternel est complètement métamorphosé en un tissu de granulations ou qu'il a achevé de se scléroser, car alors l'endothélium lymphatique a disparu.

Cette prolifération d'endothélium n'est jamais illimitée comme dans le cancer, car peu à peu les cellules hypertrophiées dégénèrent et disparaissent.

Mais, en dehors des séreuses, on peut encore observer les mêmes métamorphoses de l'endothélium. Ainsi, dans le tissu interstitiel des poumons, dans presque toutes les inflammations phtisiques, au pourtour des bronches et dans le tissu conjonctif interlobulaire, de même encore dans les ganglions lymphatiques. C'est même sans doute à un processus semblable qu'il convient de rattacher ce que jadis on a considéré comme une hyperplasie à grosses cellules des ganglions.

Les conséquences de la disparition des vaisseaux et ganglions lymphatiques sont les suivantes :

1° Difficulté de résorption des épanchements de la plèvre ;

2° Fonte caséeuse des exsudats des pneumonies phtisiques ;

2° Mauvais pronostic des pneumonies franches du sommet. L'exsudat ne pouvant être résorbé complètement donne de temps en temps lieu à des réveils de l'inflammation.

J. B.

Ueber das Fett und Wassergehalt der Organe bei verschiedenen pathologischen Zuständen (Contenu des organes en eau et en graisse dans divers états pathologiques), par Rudolf v. HOESSLIN (*D. Arch. f. klin. Med., Band XXXIII, Heft* 6, *p.* 600).

Perls a fondé sur la proportion de la graisse et de l'eau dans les tissus une méthode qui permettrait de distinguer l'infiltration de la dégénérescence graisseuse. Dans l'infiltration graisseuse, l'eau serait en quelque sorte chassée des éléments; dans la dégénérescence, elle viendrait prendre la place des substances solides : elle diminuerait dans le premier cas pour augmenter dans le second.

Van Hoesslin a fait de nombreuses recherches, en particulier chez les phtisiques. Chez eux, il a trouvé dans les muscles striés une augmentation sensible de la quantité d'eau, mais aussi une élévation du chiffre de la graisse. Il y avait de 5,42 à 13 gr. 9 pour 100 de graisse alors qu'à l'état normal il y en a seulement 3,96 pour 100. Il est donc évident que dans ces conditions pathologiques, il n'y a pas de balancement régulier entre la graisse et l'eau contenues dans les muscles. Cela correspondait du reste à une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires très appréciable au microscope.

Le muscle cardiaque avait subi à peu près les mêmes modifications que les autres muscles.

Dans le foie encore, le plus souvent, il y avait augmentation de l'eau et de la graisse. Deux fois seulement, la richesse en eau se trouva notablement diminuée. Il est vrai que la graisse était considérablement augmentée : 68,9 pour 100 du poids du foie desséché. Il s'agissait nettement d'un foie graisseux.

La graisse et l'eau se comportent de même dans les diverses affections consomptives.

Dans certaines affections aiguës, il peut se faire une semblable dégénérescence graisseuse, par dénutrition exagérée des éléments albuminoïdes, semble-t-il. Dans les états consomptifs, dans certaines intoxications et certaines infections, la graisse qui résulte de la désassimilation des albuminoïdes paraît se produire plus rapidement qu'elle ne s'élimine. Une température élevée persistant pendant un temps trop prolongé amènerait le même résultat. Dans l'empoisonnement par le phosphore, les albuminoïdes subissent une destruction rapide alors que la combustion des substances grasses tombe au-dessous de la normale.

A. MATHIEU.

Beiträge zur Casuistik der Geschwülste (Contribution à l'étude des tumeurs), par Fr. WESENER (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol., Band CXIII, Heft* 3, *p.* 377.)

1° Myome télangiectasique du duodénum d'une grosseur considérable :

Il s'agit d'un homme de 55 ans qui était mort dans un état très avancé de cachexie, après avoir présenté des vomissements abondants. La diarrhée survenait de temps à autre : habituellement il existait de la constipation. Il n'y avait eu ni selles, ni vomissements noirs.

On avait diagnostiqué un carcinome de l'estomac.

A l'autopsie, on trouva une tumeur du volume du poing légèrement adhé-

rente au côlon ascendant. Elle adhérait au contraire fortement au duodénum ; elle traversait même sa paroi pour venir faire une saillie du volume d'une prune dans sa cavité, à 15 centimètres environ, au-dessus du pylore. L'estomac était fortement dilaté.

Cette tumeur a été trouvée constituée par un myome télangiectasique dont le point de départ était vraisemblablement dans la couche circulaire des fibres musculaires de l'intestin.

2° Un cas de cancer du pancréas avec thrombose de la veine porte.

Un homme de 54 ans avait présenté à plusieurs reprises du melaena. Il était affaibli, amaigri. L'abdomen était gonflé, il avait de l'ictère. Le foie ne paraissait pas augmenté de volume ; la rate était grosse. On ne trouvait pas de tumeur abdominale. Il y avait de l'ascite en quantité telle qu'on dut pratiquer la ponction : elle donna issue à douze chopes d'une sérosité fortement ictérique. Le malade accusait des douleurs vives tantôt dans les lombes, tantôt dans la région de l'hypochondre droit. Il y eut quelques vomissements, marc de café.

La mort survint rapidement après la ponction de l'abdomen. La maladie avait duré un peu plus de six mois.

A l'autopsie on trouva des noyaux cancéreux disséminés dans la cavité péritonéale. L'estomac était fortement dilaté. En arrière du pylore, il existe une tumeur constituée par le pancréas très rétracté ; il ne dépasse pas le volume d'un œuf de poule. La veine-porte se trouve en quelque sorte étranglée ; on trouve dans son intérieur un caillot de thrombose qui a été sans doute le point de départ d'embolies trouvées dans l'artère pulmonaire. Les voies biliaires étaient très dilatées.

Il s'agissait d'un carcimone à cellules cylindriques dont le point de départ paraissait être dans les canaux pancréatiques. A. MATHIEU.

De la greffe cancéreuse, par NICAISE (*Rev. chir.*, *n°* 9, 1883).

Quelques mots sur les différents procédés employés jusqu'à ce jour, pour l'inoculation du cancer, précèdent l'historique rapide que fait M. Nicaise des greffes cancéreuses. Après avoir rapporté une observation déjà publiée dans les *Annales de gynécologie* de 1881, et concernant une greffe sarcomateuse au niveau de la piqûre d'une ponction de kyste ovarique, chez une femme atteinte en même temps de sarcome du corps de l'utérus, l'auteur, discutant les greffes des différentes tumeurs, admet que cette propriété appartient surtout au sarcome et termine ainsi :

La transmissibilité du cancer de l'homme à l'animal n'est pas démontrée ; il en est de même de la transmissibilité du cancer d'un animal à un animal de même espèce.

Dans l'espèce humaine, le sarcome est susceptible, dans certaines conditions, de se greffer sur le malade même ; il en est de même de certaines tumeurs papillaires des ovaires. OZENNE.

The development of cancer from non-malignant disease, par Daniel LEWIS (*New York med. journal*, 30 *juin* 1883).

Le cancer n'est pas toujours une maladie constitutionnelle et héréditaire ; il peut se développer à la suite d'une affection locale quelconque, lorsque celle-ci est le siège d'un processus irritatif prolongé et lorsque le malade qui en est porteur atteint l'âge des dégénérescences organiques.

Telle est la donnée, bien connue et admise aujourd'hui par la plupart des pathologistes, que l'auteur a voulu mettre en relief en l'appuyant de faits cliniques nombreux, empruntés les uns à sa pratique, les autres à la littérature médicale contemporaine.

Des verrues même congénitales, des loupes, des condylomes, après avoir existé pendant des années sans subir aucune modification, peuvent tout d'un coup s'indurer et prendre les caractères d'un néoplasme cancéreux. La plupart du temps c'est à la suite d'une irritation un peu vive que la transformation se produit : un coup violent sur une loupe du cuir chevelu, une tentative de cautérisation sur un papillome ou sur une plaque d'acné sébacée partielle, semblent être dans certains cas la cause occasionnelle d'un ulcère rongeant, qui prend rapidement un caractère malin et ne tarde pas à se généraliser. Il en est de même pour les ulcérations de la langue ou des lèvres (plaque des fumeurs, etc.) qui, après être restées de longues années stationnaires, se transforment à un certain moment en épithéliomes. Les ulcérations d'origine syphilitique, de la langue, du pénis, de l'anus, peuvent à la suite de cautérisations imprudentes, prendre tout d'un coup la même allure ; la même remarque s'applique aux condylomes vénériens, consécutifs à la blennorragie ou à la leucorrhée. Chacun sait que le cancer du sein succède fréquemment à un eczéma chronique de l'aréole, et Butlin croit pouvoir expliquer cette filiation ainsi : l'eczéma commence par produire la prolifération de l'épiderme du mamelon ; ce travail proliferatif s'étend aux conduits galactophores et finit par atteindre les acini, ceux-ci remplis par les cellules multipliées se dilatent, et l'épithélium foisonnant rompt leurs parois pour s'étendre aux tissus voisins. Ce n'est pas tout ; on a vu des cas de cancer se développer sur des cicatrices (de brûlure par exemple) et des ulcères simples peuvent devenir malins, comme le prouvent les deux cas suivants :

Une femme de 55 ans fit, il y a six ans, une chute dans un escalier, qui lui occasionna plusieurs petites coupures du visage ; toutes guérirent à l'exception d'une seule, occupant l'aile droite du nez, qui continua de suinter légèrement et de se couvrir de croûtes, jusqu'au moment où il y a dix-huit mois elle prit un développement très rapide et se transforma en un épithélioma qui aujourd'hui dépasse cinq centimètres en largeur et a donné naissance à une seconde tumeur située à quelque distance (la malade n'a pas de cancer dans sa famille).

Un homme de 57 ans avait éprouvé il y a trente ans une écorchure à la jambe gauche, qui guérit en quelques semaines. Depuis cette époque il a toujours éprouvé du prurit en cet endroit, et à force de gratter, a souvent fait naître des ulcérations. Pendant les six dernières années il a conservé une plaie toujours ouverte, qui depuis deux ans a pris un accroissement considérable ; actuellement sa profondeur, l'induration de ses bords, la nature aqueuse de l'exsudat qui s'en écoule, ne laissent aucun doute sur l'existence d'un cancer.

De ces faits et de beaucoup d'autres on peut conclure avec Hutchinson qu'il existe un stade prodromique du cancer (*precancerous stage*) caractérisé par une irritation locale et chronique, qui finit par produire la *sénilité* des tissus ; survienne alors une cause occasionnelle déterminant une irritation aiguë, et la malignité apparaît. H. BARTH.

Ueber die Bildungsweise der Riesenzellen am Fremdkörper und Einfluss des Iodoforms darauf (Mode de formation des cellules géantes au pourtour des corpuscules étrangers; influence de l'iodoforme sur cette formation), par Emile MARCHAND (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band XCIII, Heft* 3, *p.* 518, 1883).

La production des cellules géantes a été provoquée par divers procédés, en particulier, par l'introduction de filaments de soie dans les vaisseaux, l'insertion de petits fragments d'éponge ou de cornée transparente dans la séreuse péritonéale. Ce dernier procédé, emprunté à Senftleben, est réellement original. On colore à l'aide du carmin de petits fragments de la cornée du lapin, puis on les introduit dans le péritoine. Quand on pratique plus tard, au bout d'une vingtaine de jours, des coupes histologiques qui passent par le centre des faux tubercules qui se sont développés, on constate que les éléments épithélioïdes, qui entourent le fragment de cornée, se sont chargés de carmin. Les cellules lymphoïdes, migratrices, demeureraient, au contraire, complètement incolores.

Ces cellules épithélioïdes semblent procéder des éléments fixe des tissus avoisinants et ne pas être constitués par des leucocytes migrateurs Ils s'avancent, en effet, par couches assez régulières vers le corpuscule étranger. On ne les voit pas pénétrer dans son intérieur, s'insinuer, par exemple, dans les mailles qui constituent les fragments d'éponge. Il semble que ces cellules épithélioïdes proviennent de l'endothélium du tissu conjonctif.

C'est à leurs dépens que se constituent les cellules géantes.

Les applications d'iodoforme empêchent la production de ces cellules géantes. Cela ne correspond-il pas à l'action favorable que présente l'iodoforme sur les lésions scrofuleuses? A. MATHIEU.

Sur le cylindroma, épithéliome alvéolaire avec envahissement myxomateux, par MALASSEZ (*Archives de physiologie,* 1883).

M. Malassez étudie dans ce travail une tumeur qui consiste essentiellement en une néoformation épithéliale du type cylindrique, mais qui, au lieu d'arriver à sa forme typique et de se disposer en revêtement, est restée presque partout à un stade de développement moins avancé et s'est disposée en amas épithéliaux pleins, de formes variées, comme ceux du carcinome. Cette néoformation envahit progressivement les tissus sains qui l'entourent, y détermine une sclérose qui étouffe ces tissus, et constitue le stroma fibreux de la tumeur, lequel est également envahi par la néoformation épithéliale et se résorbe en partie.

Consécutivement, le stroma devient myxomateux par places et envoie dans les amas épithéliaux des végétations muqueuses ayant l'aspect dit hydatiforme; celles-ci gagnent le centre, s'y accumulent, détruisent les cellules qui les séparent et constituent là une masse myxomateuse envahissant progressivement l'amas épithélial, du centre à la périphérie. Enfin cette néoformation myxomateuse tend à se détruire dans les parties centrales. Bref, ce cas de cylindrome doit être considéré comme une néoformation épithéliale embryonnaire, alvéolaire ou carcinoïde, qui est envahie secondairement par une néoformation myxomateuse hydatiforme; et c'est

ce processus myxomateux qui lui donne sa physionomie si particulière, son caractère de cylindrome. V. H.

Ueber Granulome, par PETERSEN (*Deutsche med. Woch.*, n° 4, 1883).

On donne le nom de granulome à une tumeur qui, formée d'un tissu analogue à celui des granulations simples, survenant par exemple aux orifices des fistules, s'en distingue cependant par plusieurs caractères. Il se présente en général dans des régions très vasculaires, à la tête, au visage, aux doigts, à l'ombilic des nouveau-nés, et survient consécutivement aux excoriations légères par le grattage, aux petites plaies, à l'irritation des pustules d'acné. Souvent pédiculé, de consistance variable, il ne dépasse guère le volume d'un pois, bien qu'à la face il puisse atteindre la dimension d'une noix. Sa structure, d'après un cas de l'auteur, est celle du tissu de granulations : cellules rondes dans les couches superficielles avec un peu de substance inter-cellulaire, cellules fusiformes dans les parties moyennes et tissu fibrillaire dans le pédicule.

Quand on abandonne le granulome à lui-même, il peut guérir spontanément en se transformant en tissu de cicatrice, mais on peut toujours craindre qu'il ne se change en productions malignes, et en tous cas sa disparition est fort lente.

Le traitement est très simple : on racle le granulome et on traite la plaie par l'iodoforme, le bismuth ou l'oxyde de zinc.

Voici une observation où la récidive est notée :

Un garçon de six ans a été frappé à la joue par une vache, la plaie a peu saigné, mais au bout de quelques jours les parents remarquent que la région se tuméfie. Le médecin constate là une petite tumeur sèche, dure, indolente, ressemblant au fongus hématode, dont la base d'implantation est grande comme une pièce de 50 centimes. Traitement par la pommade à l'iodoforme, sans succès.

L'enfant ayant été griffé par un singe au niveau même de la production, elle augmente de volume et d'étendue. Aussi l'auteur en pratique-t-il l'ablation. La plaie paraissait en voie de cicatrisation lorsqu'on remarqua sur les bords des bourgeons suspects: le granulome récidive, contrairement à la règle. Cautérisation au nitrate d'argent et guérison complète en quelques semaines. L. GALLIARD.

Le foie des tuberculeux. Tubercules des voies biliaires intrahépatiques, par Ch. SABOURIN (*Archives de phys.*, n° 5, 1883).

Dans ce travail, l'auteur se borne à constater la fréquence des lésions tuberculeuses des voies biliaires intrahépatiques et à chercher leur localisation précise, laissant de côté la tuberculose des canalicules interlobulaires dont l'étude se confond avec celle de la tuberculose hépatique proprement dite. Les tubercules des canaux interlobulaires de divers ordres se présentent sous l'aspect de granulations, de masses tuberculeuses quelquefois excavées, ou enfin sous forme de véritables cavernes contenant un magma de coloration jaune-verdâtre ; quelquefois aussi on trouve de véritables tubercules de guérison ou même des cavernes guéries par transformation fibreuse. Cette lésion est plus fréquente qu'on ne le pense généralement ; contrairement à l'opinion des auteurs, elle ne semble pas spéciale à l'enfance.

Si l'on ne doit admettre qu'avec réserve la tuberculose des canalicules terminaux interlobulaires, il n'en est plus de même des premiers canaux collecteurs ; là, en effet, le tubercule se localise dans la paroi du canal, et lors même qu'il a acquis un certain volume, on trouve toujours l'épithélium du canalicule au milieu des éléments embryonnaires ; la chose est bien plus évidente encore pour les voies biliaires d'un ordre supérieur ; le tubercule alors se développe tantôt circulairement, tantôt sur une des parties latérales, et dans ces cas, il semble se localiser au pourtour des culs-de-sac glandulaires annexés aux canaux biliaires ; lorsque le tubercule s'est caséifié et qu'il se ramollit, on voit alors les cellules de revêtement du conduit biliaire, jusque-là intactes, se désagréger et la caverne tuberculeuse est constituée. La plupart de ces cavernes s'ouvrent dans les voies biliaires par un processus analogue à celui qu'on constate dans le poumon, aussi la plupart de ces cavernes sont-elles infiltrées de pigment biliaire.

A côté de cette angiocholite tuberculeuse intrahépatique, on trouve des altérations des canaux qui se caractérisent d'une part par l'infiltration de la paroi par des éléments embryonnaires, et d'autre part, par la desquamation épithéliale ou par la formation de cellules épithéliales irrégulières qui soulèvent le revêtement épithélial primitif. Ces notions semblent indiquer que l'agent irritatif atteint les canaux biliaires par leurs parties profondes et qu'il est apporté non par les voies biliaires, mais par le courant sanguin.

W. OETTINGER.

Congenital atresia of the duodenal opening of the common bile duct in an infant, producing a large abdominal tumour, par Martin OXLEY (*The Lancet*, 8 *décembre* 1883).

Un enfant de cinq semaines fut présenté à l'hôpital de Liverpool ; il était fortement ictérique et son ventre extrêmement développé, offrait une matité complète partout sauf dans la région lombaire gauche.

Une ponction pratiquée dans l'hypochondre droit amena l'évacuation de 1,100 grammes de bile. Les urines étaient bilieuses et les selles ressemblaient à de l'argile blanchâtre. La tumeur avait existé depuis la naissance et n'avait cessé de s'accroître. Trois jours après la ponction, l'épanchement s'était reproduit bien qu'en moindre quantité ; on évacua encore 500 gaammes. L'enfant mourut quatre jours plus tard. A l'autopsie on trouva une tumeur du volume d'une noix de coco située au-dessous du bord inférieur du foie et adhérente, par sa partie postérieure, à l'épiploon gastro-hépatique. Le duodénum était appliqué à sa surface et lui adhérait fortement. Le conduit hépatique et le conduit cystique, tous deux perméables, s'ouvraient dans cette espèce de kyste, évidemment formé par la dilatation du canal cholédoque ; la vésicule, de dimension normale, ne contenait pas de bile. En ouvrant le duodénum on n'eut pas de peine à reconnaître la papille correspondant à l'orifice de l'ampoule de Vater, mais on n'y découvrit aucune ouverture.

H. BARTH.

Abscess of the spleen terminating fatally through perforation of the stomach, par BULL (*The Lancet*, 19 *août* 1882).

Un homme de 42 ans, alcoolique, ayant eu autrefois, aux Indes, des attaques répétées de fièvre intermittente et d'hépatite, fut pris sans cause connue de malaise général et de douleurs vagues dans la région de la rate ; il tomba en

même temps dans un état de faiblesse et de langueur qui lui permettait difficilement de continuer son métier de palefrenier. Cependant il persistait à travailler tant bien que mal, quand, un beau jour, il fut pris soudainement d'une hématémèse et rendit environ une demi-pinte de sang. En l'examinant quelques heures après, on constata l'existence d'un point très sensible à la région épigastrique; la rate, volumineuse mais indolente, descendait jusqu'à la onzième côte; il n'existait aucun autre symptôme particulier. Après trois jours de repos, le malade essaya de nouveau de travailler, mais fut bientôt contraint d'y renoncer tant sa faiblesse était grande. Le lendemain il eut une selle copieuse en grande partie composée de sang et, un peu plus tard, une nouvelle hématémèse de près d'une pinte, après laquelle il se sentit très soulagé. Le jour suivant, 5 janvier, il y eut encore du melæna; le 6, au matin, frisson intense et, peu après, vomissement d'une forte pinte de sang; dans la soirée, nouveau frisson; le 7, encore un vomissement de sang, formé principalement de gros caillots; le 8, nouveau frisson très violent, après lequel le malade perdit rapidement ses forces et ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie on trouva un abcès du volume d'une petite orange, paraissant formé aux dépens de l'extrémité supérieure de la rate, et ouvert dans l'estomac par quatre perforations dont la plus grande livrait aisément passage à l'index. La cavité de l'abcès, limitée en avant par la face postérieure de l'estomac, en dehors par la rate, en bas par le pancréas, renfermait environ 1 once de matière brunâtre et grumeleuse formée par du sang et de la pulpe splénique altérée; une artère du volume d'une plume de corbeau, émanée de la splénique et accolée à la face postérieure de l'estomac, était le siège d'une ulcération parfaitement visible, source évidente de l'hémorragie. La muqueuse stomacale, épaissie et congestionnée au voisinage des perforations, était saine dans tout le reste de son étendue. Les autres organes n'offraient rien de remarquable. H. BARTH.

Rhabdomyoma of the parotid gland, par Mitchell PRUDDEN (*Ann. journ. of the med. sc.*, 1883, *p.* 438).

L'intérêt qui s'attachait à l'étude des tumeurs rares et complexes appelées rhabdomyômes, ou myômes à fibres striées, s'est beaucoup accru depuis que Cohnheim y a cherché un argument en faveur de sa théorie ingénieuse sur l'origine embryonnaire des tumeurs.

On ne pouvait guère expliquer autrement la présence d'un tissu aussi avancé en organisation, aussi profondément différencié, au sein d'organes tels que le rein, le testicule, à la structure desquels il reste normalement tout à fait étranger.

Mitchell Prudden a observé et décrit avec soin un cas exceptionnel de rhabdomyôme parotidien. La tumeur était intimement unie à la glande parotide et formée d'îlots de fibres musculaires striées, les unes à l'état parfait, les autres aux différents stades de développement, le tout plongé dans un stroma conjonctif. Il existe de plus, en pleine tumeur, des lobules glandulaires que l'auteur regarde comme des formations atypiques et rudimentaires appartenant à la glande parotide. A. CHAUFFARD.

Ein Defectbildung des Groshirns (Une malformation du cerveau), par KIRCHHOFF (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr. Bd. XIII, Heft* 1., *p.* 268).

Jeune fille qui avait eu des attaques épileptiformes jusqu'à l'âge de 17 ans. A l'âge de 24 ans, à la suite d'une émotion, elle fut frappée de démence. Dans l'intervalle elle avait joui d'une bonne santé apparente avec intégrité des fa-

cultés intellectuelles. Sa folie était caractérisée par des hallucinations de la vue et de l'ouïe qui faisaient croire à la malade qu'elle se trouvait aux prises avec son fiancé infidèle. Cette jeune fille fut placée dans un asile d'aliénés où elle succomba au bout de six ans, à la phtisie pulmonaire. Il n'est pas inutile d'ajouter que dans sa famille on comptait plusieurs cas d'aliénation mentale. Voici les particularités relevées à l'autopsie :

La plante du pied était plus large et plus allongée à gauche qu'à droite; le rein droit affectait la forme lobulée embryonnaire et pesait 130 grammes, tandis que le rein gauche, de conformation normale, pesait 150 grammes. Le cœur et les vaisseaux relativement petits. Crâne microcéphale, à parois minces; pas d'ossification des sutures. Le cerveau frais pesait 1,150 grammes, après durcissement dans l'alcool 840 grammes. L'hémisphère gauche était raccourci dans le sens antéro-postérieur, de telle sorte qu'il ne recouvrait que partiellement le lobe gauche du cervelet. Ce raccourcissement était d'environ 2 1/2 centimètres. Le lobe gauche du cervelet paraissait également atrophié par rapport au lobe droit. Développement normal de la circonvolution de l'hippocampe. Le lobe linguiforme atrophié, réduit à une bride étroite formée par du tissu sclérosé au sein duquel on découvrait des cellules pyramidales. La bandelette optique gauche, la moitié gauche du chiasma et l'éminence mamillaire du même côté étaient également atrophiées. La couche optique, à gauche, était creusée d'une excavation longue de 1 1/2 centimètre, large de 2 à 3 millimètres, tapissée par une membrane tenue et remplie d'amas de granulations. Les tubercules quadrijumeaux étaient atrophiés des deux côtés; l'atrophie intéressait également la moitié gauche du corps calleux; le fornix et la commissure antérieure présentaient leur développement normal. Les ventricules n'étaient pas distendus; leur revêtement épendymaire était partout intact. Sur des surfaces de coupes transversales on constatait que les noyaux de substance grise et la capsule interne présentaient à peu près un développement égal des deux côtés. Par contre, la substance blanche de l'opercule avait subi une atrophie notable à gauche. A partir de l'isthme de l'encéphale et en descendant les centres nerveux ne présentaient plus aucune trace d'une inégalité de développement dans leurs deux moitiés.

L'auteur se demande ensuite quelle cause commune il faut assigner aux malformations constatées chez cette jeune fille dans l'hémisphère gauche du cerveau et du cervelet, du côté de la plante du pied gauche et du rein gauche; sa conclusion est que tout ce qu'on en peut dire, c'est qu'il s'agit d'arrêts de développement remontant à la vie intra-utérine de cause inconnue; les modifications survenues dans le développement de l'hémisphère gauche auraient eu pour point de départ un défaut de soudure des commissures. E. RICKLIN.

Ueber die Veränderungen im Centralnervensystem, speciell in den Hinterstraengen des Rückenmarks bei Ergotismus (Sur les altérations du système nerveux central et particulièrement des cordons postérieurs dans l'ergotisme), par F. TUCZEK (*Archiv für Psychiatrie und Nervenk., Bd XIII, H. 1, p.* 99, 1883).

En 1879, une épidémie de pellagre a éclaté dans le cercle de Falkenberg, district de Cassel. Siemens a publié à cette occasion un travail sur l'ergotisme, que nous avons analysé dans ce recueil (*R. S. M.*, XX, 249). Le mémoire de M. Tuczeck complète en quelque sorte celui de Siemens. Les observations qui ont servi de point de départ à ces deux travaux ont une origine commune; elles ont été relevées a l'asile de Frankenberg. Les

faits recueillis par M. Tuczeck, postérieurement à la publication du mémoire de Siemens, sont au nombre de 17. Ils présentent cet intérêt particulier que tous sont relatifs à des sujets qui sous l'influence de l'ergotisme ont présenté les signes et les symptômes d'une affection spinale. Chez quatre de ces malades qui ont succombé, des lésions spinales ont été constatées à l'autopsie. Tous les malades dont Tuczeck rapporte les observations ont été, à un moment ou à un autre de leur séjour à l'hôpital, sujets à des attaques convulsives qui dans bon nombre de cas ont affecté une ressemblance parfaite avec les attaques de l'épilepsie vulgaire. De plus, comme ces attaques coïncidaient avec des troubles psychiques, une fois même avec une anesthésie cutanée complète; comme les convulsions générales alternaient avec des convulsions partielles, qu'elles ont été suivies, chez un malade, d'une véritable ataxie du langage, Tuczeck incline à attribuer à ces accidents convulsifs une origine corticale.

En fait de manifestations propres à faire soupçonner l'existence d'une lésion spinale, Tuczeck mentionne d'abord l'abolition du phénomène du genou, qui a été notée chez tous les malades. Chez quelques-uns, on a observé comme autres manifestations d'une lésion spinale, des sensations anormales (paresthésies) des douleurs fulgurantes, de la constriction en ceinture, de l'analgésie partielle, de l'impossibilité de se tenir d'aplomb les yeux fermés, de l'ataxie motrice. Dans un cas, il s'y ajoutait des troubles intellectuels, de l'embarras de la parole et des accès épileptiformes, de sorte que la ressemblance était grande avec la paralysie générale compliquée de tabes dorsalis, association pathologique qui est loin d'être rare. Toutefois, il n'y avait, dans ce cas, ni délire des grandeurs, ni anesthésie tactile.

Voici maintenant ce qu'a révélé l'examen de la moelle : dans les quatre cas, les cordons postérieurs étaient le siège d'une dégénérescence constituée par une hyperplasie et une transformation fibrillaire de la névroglie aux dépens des éléments nerveux. Dans trois cas, l'examen des coupes provenant des parties dégénérées laissait encore reconnaître la disposition aréolaire de la névroglie ; seulement les travées conjonctives étaient fortement épaissies et les fibrilles nerveuses atrophiées. Dans le quatrième cas, on ne reconnaissait plus dans les parties où la dégénérescence atteignait son plus haut degré l'agencement normal des éléments constituants des cordons de la moelle, tant l'hyperplasie du tissu conjonctif interstitiel avait pris le dessus. Au sein de cette gangue conjonctive, les fibrilles nerveuses étaient très atrophiées; on y découvrait également des corpuscules amylacés et surtout des amas de granulations en très grand nombre. Dans les parties périphériques avoisinant les foyers de sclérose, la lésion spinale affectait de nouveau les caractères d'une myélite chronique comme dans les trois autres cas.

Pour ce qui est de la localisation de ces lésions, elles étaient limitées aux cordons de Burdach. Les cordons de Goll, si on s'en rapporte, en ce qui concerne leur distribution, aux données de l'embryogénie et de l'anatomie pathologique, étaient indemnes. C'est tout au plus si dans l'un des quatre cas la dégénérescence intéressait, au niveau du segment cervical, un territoire sur la valeur systématique duquel il serait, suivant Tuczeck, difficile de se prononcer, mais qui paraissait empiéter sur le cordon de Goll.

Tuczeck pense que ces lésions ne différaient des altérations spinales du tabes que par l'acuité de leur développement, qu'il s'agissait d'une lésion fasciculée parvenue à diverses étapes de son évolution dans les différents cas. L'acuité de l'évolution des lésions spinales explique l'absence d'atrophie du tissu de la moelle. Tuczeck a insisté sur cette autre particularité intéressante, à savoir que les altérations des cordons postérieurs coïncidaient dans les quatre cas avec une intégrité parfaite des méninges spinales d'une part, des racines postérieures de l'autre. Il n'a pas été possible de savoir si les altérations spinales avaient suivi une marche ascendante ou descendante. E. RICKLIN.

Note sur le siège des bactéries dans la variole, la vaccine et l'érysipèle, par CORNIL et BABÈS (*Union médicale*, 30 *octobre* 1883).

En cas de variole, les micro-organismes sortant des vaisseaux des papilles passent probablement par l'intermédiaire des lymphatiques dans le corps muqueux, dans les cavités anormales qui remplacent cette couche de l'épiderme, et se tassent ensuite dans toute la périphérie de la pustule, sous l'épiderme corné et à la limite du corps muqueux normal, en attendant que l'épiderme se détache, quand viendra la suppuration de la pustule.

Les pustules de vaccine étudiées sur des génisses vaccinifères montrent les mêmes lésions.

En cas d'érysipèle, on voit les microbes en chaînettes disposés dans les troncs lymphatiques ou dans les lacunes entre les éléments cellulaires et les faisceaux du tissu conjonctif. H. L.

Sur la production artificielle de l'inversion viscérale ou hétérotaxie chez des embryons de poulet. Note de H. FOL et S. WARYNSKI (*Compt. rend. de l'Acad. des Sciences*, 4 *juin* 1883)

Dareste considère, comme fait initial de l'hétérotaxie, le changement de position de l'anse cardiaque qui fait saillie sur le côté gauche de l'embryon, au lieu de ressortir sur le côté droit; mais il ne va pas jusqu'à prendre ce fait pour la cause première de la déviation. H. Fol, jugeant par analogie avec les embryons enroulés des mollusques, s'est trouvé amené à attribuer le défaut de symétrie, non pas à tel ou tel organe en particulier, mais à une croissance plus rapide des tissus dans toute une moitié du corps de l'embryon. Pour vérifier cette hypothèse, et ne pouvant songer à accélérer l'activité formatrice des tissus du côté droit, il a cherché à ralentir celle du côté gauche ; à cet effet, en se servant du thermocautère (après avoir trépané la coquille de l'œuf, puis en refermant ultérieurement cette coquille pour continuer l'incubation), il présente pendant une minute ou deux l'instrument incandescent dans le voisinage immédiat de la partie qu'il s'agit de modifier, mais sans la toucher en aucune façon; par ce procédé ont été obtenus des embryons, qui, sauf l'hétérotaxie, sont parfaitement normaux : ils sont couchés sur la face droite du corps, et l'anse cardiaque fait saillie à gauche. Néanmoins, dans ces cas, l'hétérotaxie du cœur n'est souvent que secondaire, cet organe étant non renversé, mais seulement déjeté. Pour obtenir le renversement véritable non seulement du corps et du tube digestif,

mais encore du cœur, il faut s'adresser à des embryons de moins de trente-six heures, et pousser l'action du cautère jusque sur les côtés de l'extrémité antérieure de l'embryon, de façon à atteindre la moitié gauche du blastème du cœur. Dans ces conditions l'hétérotaxie est complète.

M. DUVAL.

Des lésions anatomiques et de la nature du myxœdème, par Henri HENROT (*Assoc. franç.; congrès de la Rochelle, p.* 729, 1882).

L'auteur a publié en 1877 (voy. *R. S. M.*, XII, 173) l'observation et les détails de la nécropsie de ce malade. L'étude rétrospective de ce cas, comparé à d'autres observations, lui a suggéré les conclusions suivantes :

1° Il existe une relation directe entre l'hypertrophie du grand sympathique et l'hypertrophie du corps pituitaire et de la glande pinéale ; notre observation semble donner une preuve pathologique de l'anastomose supérieure dans l'hypophyse des deux cordons latéraux du grand sympathique ;

2° Ces deux organes, qui constituent l'appareil conorio-hypophysaire, sont très développés chez l'embryon qui fabrique une grande quantité de gélatine de Wharton et chez les animaux adultes, poissons et batraciens, qui contiennent beaucoup de mucine ;

3° Il est logique d'admettre que, sous l'influence d'une hypertrophie considérable de ces organes, la fonction, c'est-à-dire la production de cette matière amorphe qu'on appelle la mucine se fait avec excès et détermine l'infiltration mucoïde des organes ;

4° La maladie décrite sous le nom de myxœdème semble essentiellement constituée par un retour à l'état embryonnaire du tissu conjonctif sous-cutané, sous-muqueux et interstitiel général, sous l'influence de l'hypertrophie des centres végétatifs et particulièrement des ganglions du grand sympathique et des glandes vasculo-sanguines qui y sont annexées, le corps pituitaire et la glande pinéale. A. CARTAZ.

Mittheilung über eine Erkrankung der sympathischen Geflechte der Darmwand. (Communication sur une affection du plexus sympathique de l'intestin), par A. BASCHKO (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Bd XCIV, Heft I. p.* 136, 1883).

Dans un premier cas, il s'agit d'une femme de 27 ans qui, à la suite d'une couche, avait présenté de la constipation, puis une abondante diarrhée et des phénomènes très accentués d'anémie.

A l'autopsie, on trouva une véritable atrophie de l'intestin depuis le pylore jusqu'à l'anus. Les parois étaient amincies, très anémiées, la muqueuse était lisse, polie, d'une épaisseur très diminuée. Les villosités étaient rares et très affaissées. L'examen microscopique fit voir une dégénérescence graisseuse très accentuée du plexus de Meissner et du plexus d'Auerbach. Cette dégénérescence portait sur les cellules ganglionnaires et sur les fibres nerveuses. Il était impossible de distinguer les fibres à myéline des fibres nues. Il n'y avait au contraire aucune espèce de dégénérescence des éléments musculaires.

Pour l'examen microscopique l'auteur a employé le procédé usité par Meissner dans la découverte de son plexus : il consiste dans la macération

des parties à examiner dans l'acide pyroligneux. Un séjour de 2 ou 3 jours dans cet acide permet de suivre facilement les filets nerveux.

Dans un second cas, il s'agissait d'une femme de 42 ans adonnée à la boisson, fortement alcoolisée, chez laquelle on avait constaté pendant la vie du delirium tremens et de la stupeur typhoïde. La mort avait été provoquée par une pneumonie.

Il existait aussi chez elle une dégénérescence graisseuse très marquée des plexus nerveux de l'intestin et une semblable dégénérescence des muscles lisses des parois intestinales. Pas de modification macroscopique appréciable.

A. MATHIEU.

Note sur la pathogénie des kystes dermoïdes (Observation de kyste dermoïde huileux de la queue du sourcil), par NICAISE (*Revue de Chir., octobre* 1883).

Jeune homme de 17 ans, portant une tumeur du volume d'une grosse aveline, siégeant au niveau de la queue du sourcil droit et ayant commencé à apparaître cinq ou six mois auparavant.

Peau normale, mobile; tumeur indolente, adhérente aux parties profondes. On diagnostique un kyste dermoïde congénital ayant pris un accroissement assez rapide au moment de la puberté. En enlevant le kyste, M. Nicaise est frappé de la minceur des parois, sauf au niveau de l'apophyse orbitaire externe, où elles sont épaisses, et du contenu fluide, citrin, semblable à de l'huile, qu'elles renferment.

L'examen du kyste montre que la poche était formée de deux parties, l'une plus étendue, mince, transparente, paraissant formée de tissu conjonctif; et l'autre épaisse, dure, présentant à sa face interne de nombreux poils.

Le contenu était formé d'un liquide huileux, jaune clair, transparent, renfermant de petits grumeaux blanchâtres et se figeant comme de l'huile par le refroidissement. Examinée au microscope, la partie liquide, neutre, ne contenait que peu ou point d'éléments figurés : quant à la partie solide, elle était composée de cellules épithéliales nombreuses (cellules des glandes sébacées) et en dégénérescence graisseuse : on y trouvait encore des débris de poils. Les parois offraient les particularités suivantes : absence de papilles, présence de quelques glandes sudoripares et non-constatation de nerfs...

Après avoir rappelé que l'on invoque une inclusion d'un cul-de-sac de peau pour expliquer le mode de formation des kystes dermoïdes, l'auteur ajoute, en se basant sur plusieurs faits dont il a été témoin, que cette interprétation n'est pas toujours exacte : « La membrane enveloppante, dit-il, peut ne présenter la structure de la peau que dans une partie de son étendue, le reste étant formé par une simple membrane cellulo-fibreuse. »

C'est une conséquence du mode de soudure des bords de la fissure dans la période embryonnaire; cette soudure se fait en enfermant au milieu des tissus sous-cutanés non un cul-de-sac de peau, mais un petit lambeau de peau.

On peut encore remarquer que les cas analogues à celui que rapporte M. Nicaise, vu les différents éléments qui constituent le kyste, peuvent servir de transition entre les kystes huileux et les kystes dermoïdes péri-orbitaires.

OZENNE.

Ueber pathologische Beckenformen beim Fœtus (Les vices de conformation du bassin fœtal), par Ferdinand SCHLIEPHAKE, de Stuttgard (*Archiv für Gynækologie, Bd XX, Heft* 3).

Il est intéressant de comparer les vices de conformation du bassin chez le fœtus et le nouveau-né avec ceux que l'on observe chez l'adulte. Cette comparaison permet de distinguer, parmi les facteurs qui influent sur la forme du bassin, ceux qui appartiennent à la vie intra-utérine et ceux qui appartiennent à la vie extra-utérine. L'auteur a eu à sa disposition une collection de bassins pathologiques de fœtus et de nouveau-nés appartenant au Dr Fehling.

Il décrit neuf bassins plats, quatre bassins ronds, quatre bassins à rétrécissement transversal, trois bassins triangulaires, un bassin avec absence de courbure sacro-coccygienne.

Le bassin plat de l'adulte était considéré comme une déformation acquise due à la pression du tronc, soit par le fait de l'habitude de la station assise trop tôt développée, soit par le fait de poids trop lourds imposés à l'enfant. Cette déformation peut aussi être congénitale : elle est due alors à un arrêt de développement de la portion pelvienne. L'hérédité, la disposition particulière à certaines races, sont peut-être les causes de cet arrêt de développement.

Les bassins ronds appartenaient tous, sauf une exception, à des sujets atteints d'autres vices de conformation (le plus souvent à des hémicéphales atteints de spina-bifida). Dans le cas unique où le fœtus ne présentait pas d'autres anomalies, la forme ronde du bassin était due à un développement particulier de la portion pelvienne de l'os des îles. Dans les autres cas, elle était due à un arrêt de développement des ailes du sacrum et à un développement exagéré de l'os des îles.

Les bassins transversalement rétrécis appartenaient tous aussi, sauf un, à des hémicéphales avec spina-bifida.

L'origine de la déformation est le développement exagéré de la portion pelvienne de l'os des îles, et l'arrêt de développement des vertèbres sacrées et des ailes du sacrum.

Sur les trois cas de bassins triangulaires, deux fois l'influence des extrémités inférieures ne pouvait être invoquée ; l'un des bassins provenait d'un monstre amèle, l'autre d'un fœtus avec luxation et arrêt de développement du membre inférieur gauche.

Ces différentes déformations du bassin, que l'on rattachait presque exclusivement à des causes extra-utérines, peuvent donc se présenter à titre de vices de conformation d'origine congénitale. Dans la question de leur développement, il faut accorder aux influences intra-utérines une plus grande part qu'on ne l'avait fait jusqu'à ce jour. H. DE BRINON.

Anatomie pathologique de la grenouillette sublinguale, par BAZY (*Soc. anatom., 16 février* 1883).

L'auteur explique la récidive assez fréquente de la grenouillette par la texture de la poche et la conformation même du kyste. Voici, en effet, ce qu'on peut reconnaitre par des coupes transversales pratiquées sur la paroi.

1° Un épithélium très épais formé par 12 et 15 couches de cellules superposées : les couches superficielles sont formées de cellules déformées, aplaties; dans les couches les plus profondes, au contraire, les cellules sont très nettes, un peu moins tassées, et affectent la forme cylindrique ;

2° Dans l'épaisseur de la paroi on trouve des cavités de volume très variable tapissées par un épithélium cylindrique sans communications avec la face interne de la paroi, autrement dit avec l'intérieur du kyste ; les cavités paraissent être ainsi augmentées de volume, dilatées et remplies de liquide. Ce sont de véritables grenouillettes en miniature.

Suivent quelques considérations sur le traitement de la grenouillette. Étant donnée cette structure, il est clair que le succès ne sera obtenu qu'en modifiant non seulement la surface de la poche, mais aussi son épaisseur. A. CARTAZ.

Note sur les lésions histologiques de l'onyxis développé au voisinage du mal perforant, par SUCHARD (*Société anatomique*, 24 *février* 1882).

Depuis les recherches de M. Ranvier, on sait que la kératinisation de l'ongle coïncide toujours avec la présence, dans les cellules, de la couche granuleuse de la matrice et du lit de l'ongle d'une substance spéciale, substance onychogène. Cette substance se colore en brun par le picro-carminate d'ammoniaque après l'action de l'alcool.

Cette kératinisation est différente de la kératinisation épidermique. Ce dernier phénomène, comme l'a de même montré M. Ranvier (*Acad. des Sciences*, 30 juin 1879), ne peut se produire que lorsque les cellules de la couche granuleuse de la peau renferment de l'éléidine (substance kératogène de l'épiderme, se colorant en rouge par le picro-carminate d'ammoniaque après l'action de l'alcool).

Toutes les fois qu'il y a inflammation néoformatrice de l'épiderme, il y a, dans la couche granuleuse, surabondance d'éléidine. C'est ce qui se passe, comme l'a constaté M. Ranvier, dans les papillomes cornés, dans le bourrelet qui entoure la fissure du mal perforant, dans le bourrelet de la pustule de variole.

Il s'agissait donc de savoir si, toutes les fois qu'il y avait inflammation de l'ongle, il y avait aussi surabondance de substance onychogène. L'auteur a cherché à vérifier le fait dans l'onyxis développé au voisinage du mal plantaire perforant, et il a trouvé qu'au lieu de substance onychogène le stratum granulosum de la matrice et du lit de l'ongle renfermait de l'éléidine en grande abondance. Il se forme donc là, au lieu d'ongle, de l'épiderme corné, et le processus de la kératinisation unguéale est remplacé par un autre plus simple, celui de la kératinisation épidermique. Les cellules enflammées du corps muqueux retournent à un type moins avancé, suivant une loi bien connue en pathologie générale. Ce fait explique aussi comment l'ongle ainsi formé était mou et desquamait facilement : c'est un ongle épidermique au lieu d'être un ongle proprement dit. A. CARTAZ.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Le progrès en médecine par l'expérimentation. Leçons de pathologie comparée, par H. BOULEY (*Paris* 1882).

M. Bouley a condensé dans ce livre l'enseignement qu'il a été chargé d'inaugurer au Muséum d'histoire naturelle. Il a voulu démontrer la nécessité de l'expérimentation médicale en opposant les erreurs étranges auxquelles avait conduit la méthode pure d'observation aux lumières qu'a apportées l'étude expérimentale de quelques maladies.

L'ouvrage contient trente-quatre leçons. Les trois premières sont consacrées à développer les conditions générales, les progrès et l'objet de la pathologie comparée et de la pathologie expérimentale. L'auteur rappelle les vues qui ont présidé à la création de la chaire qu'il occupe, vues qui remontent au fondateur des écoles vétérinaires, Claude Bourgelat, voulant associer la médecine des hommes à celle des animaux, et qui furent adoptées par Vicq-d'Azyr dans son plan de constitution de la médecine en 1790, et accueillies par Talleyrand de Périgord dans son rapport sur le même objet. Puis il rappelle les négations apportées par Broussais et Magendie à la doctrine de la contagion et la découverte de Rayer détruisant ces erreurs. Dans cet exposé général, il passe en revue les progrès introduits par l'étude expérimentale faite sur les animaux, de la morve, de la rage, de la péripneumonie contagieuse, de la fièvre aphteuse, du charbon, et l'application de ces premiers résultats à l'étude de la syphilis chez l'homme.

L'auteur entre ensuite dans son sujet par l'étude de la péripneumonie contagieuse, ou péripneumonie épizootique du gros bétail. Il montre l'indécision où l'on est longtemps resté relativement à la nature contagieuse de cette affection : indécision dissipée par les expériences qui montrèrent qu'il s'agissait là d'une maladie infectieuse et inoculable. L'inoculation, en révélant la nature de cette affection, conduisit aussi à la prophylaxie, car on vit qu'elle conférait l'immunité. De là une méthode qui est devenue obligatoire dans quelques pays, par exemple en Hollande. Les insuccès, les faits négatifs ne sauraient prévaloir contre les succès nombreux et les faits positifs : il ne reste plus qu'à connaître la raison de ces écarts.— Suit une étude de la maladie de sang des bêtes à laine dans la Beauce et de la cachexie aqueuse du mouton, dont la nature a été définitivement éclairée par l'helminthologie.

La grande méthode expérimentale à laquelle sont dus ces progrès, c'est l'inoculation. On en suit l'application successivement dans l'histoire de la vaccine, du cow-pox, du horse-pox. M. Bouley en présente d'une manière saisissante les traits principaux. Il montre les traditions populaires relatives à l'immunité des vachers et vachères et des ouvriers maréchaux conduisant Jenner à sa découverte. M. Bouley rappelle les erreurs commises à propos du horse-pox, la confusion du *grease* avec

les eaux aux jambes et le *javart*. Il a fallu attendre soixante ans, jusqu'en 1862, pour retrouver la maladie de Jenner, la maladie équine, mère du cow-pox, le véritable horse-pox. Après une discussion de l'opinion de Depaul et des expériences de la Société des sciences médicales de Lyon, M. Bouley conclut que la variole est une espèce à part et qu'il n'y a d'identité qu'entre le horse-pox, le cow-pox et la vaccine. Il examine ensuite l'histoire de la vaccination et de la revaccination et des moyens législatifs proposés pour rendre ces pratiques obligatoires. — Cette étude magistrale est complétée par l'examen de la variolisation, des progrès de cette méthode en Asie et enAfrique et des conditions qui la rendent très inférieure à la vaccination.

Par là, l'auteur se trouve naturellement conduit à l'étude de la clavelée et des procédés prophylactiques qui ont été préconisés contre elle, c'est-à-dire de la clavelisation. L'inoculation est en effet efficace d'après les expériences de MM. Toussaint, Pasteur, Arloing, Cornevin et Thomas, et la loi nouvelle prévoit qu'elle puissse être rendue obligatoire.

Dans les 20e et 21e leçons, M. Bouley expose à ses auditeurs les récentes acquisitions de la science sur le choléra des poules, le charbon symptomatique, la syphilis et la syphilisation et la péripneumonie contagieuse. Ensuite il examine la septicémie, la rage et la fièvre aphteuse ; enfin, il consacre aux recherches de Pasteur et de Toussaint, sur le charbon et la vaccination charbonneuse, la place que méritent ces travaux dans la science contemporaine.

L'ouvrage se termine par l'étude de la peste bovine, de la maladie des chiens, de la gourme, de la pébrine et de la flacherie des vers à soie. Le lecteur trouve ainsi sous une forme claire, savante et éminemment philosophique, le résumé substantiel des principaux résultats de la pathologie expérimentale et comparée, épars ailleurs, ici rassemblés et s'éclairant les uns par les autres d'une vive clarté. DASTRE.

Untersuchungen über den Gaswechsel fiebernder Thiere (Recherches sur les échanges respiratoires chez les animaux fébricitants), par Albert LILIENFELD (Laboratoire de physiologie de l'école agricole supérieure de Berlin) (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXII, p.* 293).

Lilienfeld provoque une fièvre plus ou moins intense chez le lapin, en injectant sous la peau du dos 1-2 cc. d'une infusion de foin putréfié. Il mesure l'absorption respiratoire de l'oxygène et l'exhalaison de CO^2 au moyen d'un appareil construit sur le principe de l'appareil respiratoire de Regnault et Reiset (appareil imaginé dans le laboratoire de Pflüger et employé antérieurement par Röhrig et Zuntz, Finkler, Wolfers, etc.). Le lapin respire, par l'intermédiaire d'une canule fixée dans la trachée, l'oxygène contenu dans une cloche graduée, équilibrée automatiquement à la façon d'un spiromètre. Des flacons laveurs à potasse, intercalés entre la cloche et l'animal, servent à absorber et ultérieurement à titrer CO^2 produit par la respiration. La diminution du volume gazeux dans la cloche représente directement le volume d'oxygène consommé. Lilienfeld emploie alternativement deux appareils semblables A et B. L'animal respire pendant 15 minutes dans l'appareil A, puis les 15 minutes suivantes dans l'appareil B, puis de nouveau dans A, et ainsi de suite. Il obtient

de cette façon des séries consécutives de dosages d'O et de CO^2 se poursuivant de 15 en 15 minutes pendant plusieurs heures. Voici les principaux résultats obtenus de cette façon :

L'exhalaison de CO^2 et l'absorption d'O subissent une augmentation constante et notable (pouvant atteindre 71 0/0 de la moyenne observée chez l'animal sain) après l'injection du liquide putride. Cette exagération des phénomènes de combustion interstitielle se montre parfois déjà 15 minutes après l'injection, elle atteint son maximum environ 5 heures après l'injection.

Le quotient respiratoire (rapport du volume de CO^2 exhalé au volume d'O absorbé $\frac{CO^2}{O}$) ne subit pas de changement appréciable du fait de la fièvre. Lilienfeld en conclut que la fièvre est caractérisée par l'exagération des phénomènes normaux d'oxydation organique. La constance du quotient respiratoire indique que l'oxydation atteint les mêmes substances et se produit probablement dans les mêmes organes (surtout les muscles) qu'à l'état normal. L'intensité seule du phénomène a augmenté, sa nature intime est restée la même.

L'exagération des échanges respiratoires, dans la fièvre, n'est pas un effet de l'augmentation de la température du corps, elle en est, au contraire, la cause directe. Si l'on plonge un lapin fébricitant dans un bain dont la température est réglée de manière à empêcher l'augmentation fébrile de la température rectale ou même de façon à abaisser cette dernière, on n'en observe pas moins l'augmentation considérable des chiffres d'oxygène consommé et de CO^2 produits.

L'augmentation de la température interne dans la fièvre est donc due à une exagération des phénomènes d'oxydation organique. L'excès de chaleur produite ne s'échappe pas en entier au dehors, comme c'est le cas chez l'animal qui n'a pas la fièvre, et dont les centres régulateurs de la température fonctionnent convenablement : il faut admettre que chez l'animal fébricitant les centres qui règlent les pertes de chaleur sont malades.

La régulation de la température interne par variation dans la production de chaleur n'est pas supprimée complètement dans la fièvre. L'action du froid sur la peau (plonger l'animal dans un bain froid) provoque chez l'animal fébricitant, tout comme chez l'animal sain, une exagération notable de la production de chaleur, se traduisant dans les expériences sur les gaz de la respiration par une augmentation d'O absorbé et de CO^2 exhalé.

Le travail de Lilienfeld est accompagné d'un tableau représentant graphiquement les résultats de ses nombreuses expériences. L. FREDERICQ.

Ueber einige Verhältnisse der Wärme am fiebernden Thiere (De la chaleur chez les animaux à l'état de fièvre), par E. ALBERT (*Wien. med. Jahrbücher, Heft* III, *p.* 367, 1882).

S'inspirant des recherches de Cl. Bernard, Meade Smith a démontré en 1881 que le sang veineux des muscles à l'état de contraction est plus chaud que le sang artériel qui y afflue; mais dans les muscles au repos ses résultats ont été variables : tantôt le sang veineux avait une tempé-

rature plus élevée que l'artériel, tantôt une température égale, tantôt, enfin, il était plus froid.

L'auteur a vérifié ces expériences sur le triceps fémoral des chiens, en substituant au thermomètre dont Meade Smith s'est servi, l'appareil thermo-électrique, qui est un instrument plus délicat et plus précis. Il a constaté les mêmes variations de la température du sang veineux, par rapport au sang artériel, dans le muscle au repos. On ne peut donc pas dire que le muscle au repos produise de la chaleur comme le muscle qui travaille.

L'auteur a recherché ensuite si l'état de fièvre apportait quelque modification à ces résultats : il a déterminé la fièvre chez des chiens en leur injectant de la fécule dans la veine jugulaire. Mêmes variations de la chaleur du sang veineux que pendant l'apyrexie.

Le foie et les reins produisent de la chaleur à l'état physiologique. Cette production s'exagère-t-elle pendant la fièvre? Pour mesurer la chaleur du sang dans les veines rénales et sus-hépatiques, l'auteur ouvre une des veines fémorales et y introduit l'aiguille thermo-électrique, qu'il pousse dans la veine cave jusqu'à la hauteur du rein, puis du foie. Du côté opposé, il introduit une aiguille par l'artère fémorale dans l'aorte abdominale.

Chez un chien dont la température rectale est de 40°,4, à la suite de l'injection de fécule dans la jugulaire, on trouve d'abord en faveur de la veine rénale, comparée à l'aorte, une différence de 0°,6; au bout d'une heure, la température rectale étant de 41°,2, la différence est de 1°,8.

Chez un autre chien qui a 41° dans le rectum, les aiguilles sont introduites jusqu'au niveau du diaphragme, le sang veineux est de 5° au-dessus du sang artériel.

Le sang de la veine cave est donc plus chaud que celui de l'aorte abdominale, et c'est le sang veineux hépatique qui fournit la température la plus élevée. Comme les différences sont beaucoup moins considérables chez les animaux non fébricitants, on peut en conclure que le foie et le rein prennent une part très active à la production de la chaleur fébrile.

L. GALLIARD.

On the renal circulation during fever, par W. MENDELSON (*Amer. journ. of the med. sc.*, *p.* 380, 1883).

Le mémoire de Mendelson a été fait dans le laboratoire de Cohnheim, et a pour but de déterminer expérimentalement les conditions circulatoires du rein pendant l'état de fièvre.

Dans de nombreuses expériences, rapportées avec tableaux et graphiques, l'auteur a rendu des chiens fébricitants par l'injection intraveineuse de pepsine ou de pus, l'animal étant rendu immobile et insensible par la destruction de la couche optique ; en même temps les variations de volume du rein étaient déterminées et inscrites au moyen de l'instrument de Roy, l'oncomètre. Le résultat constant a été que, chez les chiens fébricitants, le rein subit une diminution de volume, due à la constriction des vaisseaux ; cette rétraction de l'organe est constante et progressive, proportionnelle à l'intensité de la fièvre, et résulte probablement de la stimulation anormale des centres cérébraux par un sang hyperthermique.

Dans cette hypothèse, la diminution de la sécrétion urinaire pendant la fièvre s'expliquerait par la diminution de calibre des vaisseaux du rein, et l'albuminurie, si fréquente en pareil cas, serait due à une nutrition défectueuse de l'épithélium glomérulaire anémié et insuffisamment irrigué. A. CHAUFFARD.

Influence de grandes quantités d'eau sur la fièvre, par WILISCHANIN (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, 1883, n° 38.)

Partant de ce fait que l'absorption de grandes quantité d'eau, chez l'individu sain, influence les processus nutritifs, Wilischanin a étudié expérimentalement l'action des injections aqueuses chez des animaux rendus artificiellement fébricitants. Il arrive aux résultats suivants :

L'administration d'une grande quantité d'eau fait tomber la température dès le premier jour de fièvre, et amène une chute thermique très notable pendant toute la période fébrile ; elle rend les animaux languissants et somnolents; elle exalte l'appétit, aussi le poids de l'animal diminue-t-il beaucoup moins quand on lui injecte de l'eau, que quand on lui en soustrait.

En outre, les altérations viscérales sont beaucoup moins prononcées dans le premier cas ; il en est ainsi surtout pour le cœur. L. D.-B.

Nouvelle contribution à l'étude des concrétions sanguines intra-vasculaires, par G. HAYEM (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 16 *juillet* 1883).

Par opposition au mécanisme de production des caillots formés sous l'influence des hématoblastes, par le fait des lésions de la paroi vasculaire, et dits *caillots par battage*, l'auteur a étudié la formation des *caillots par stase*, c'est-à-dire les circonstances qui hâtent la coagulation du sang compris, chez un animal vivant, dans un segment veineux circonscrit par deux ligatures. Le liquide le plus actif pour provoquer cette coagulation est le sérum du sang emprunté à l'animal même sur lequel se fait l'expérience, ou à un animal de la même espèce ; de sorte qu'en se servant, chez le chien, de sérum de chien, on a sous les yeux un animal qui présente des particularités singulières, car d'un côté, dans une des jugulaires, celle qui a été liée avant l'injection du sérum, le sang en stagnation est resté parfaitement liquide, tandis que dans l'autre, dont un segment a été compris entre deux ligatures après l'injection de sérum, le sang est complètement coagulé, quoique la circulation générale continue à s'effectuer normalement. Le mouvement du sang dans les vaisseaux intervient donc pour en maintenir la fluidité, puisqu'un sang capable de se coaguler, lorsqu'il est stagnant, reste cependant parfaitement liquide dans tous les points où il circule. Du reste, l'augmentation de la coagulabilité du sang stagnant, sous l'influence de l'injection de sérum et de quelques autres sérosités, est due soit à la mise en liberté du ferment de la fibrine par altération du sang lui-même, soit à l'introduction directe de ce ferment contenu dans certains liquides albuminoïdes. Enfin l'injection de sérum étranger (sérum de bœuf chez le chien) produit une véritable *coagulation par précipitation*, le sang devenant alors granuleux en même temps que

se produisent une diarrhée sanguinolente et de nombreux infarctus hémorragiques dans les tissus, une sorte de *purpura hemorragica.*

M. DUVAL.

Recherches expérimentales et cliniques sur le mode de production de l'anesthésie dans les affections organiques de l'encéphale, par BROWN-SÉQUARD (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.*, *n*° 24, 1883, *p.* 417).

L'auteur, dans ce travail, s'efforce de faire voir qu'il faut rejeter la doctrine d'après laquelle les fonctions motrice, sensitive et sensorielle de l'encéphale se rapportent *seulement* au côté opposé du corps ; qu'il faut, au contraire, admettre que chacune des moitiés de l'organe intra-cranien peut servir à toutes ces fonctions pour les deux moitiés du corps, et que les éléments des centres de ces fonctions, *qui ne sont pas localisées*, sont disséminés dans différentes parties de l'organe. Brown-Séquard combat encore l'explication d'après laquelle les paralysies, les anesthésies et les pertes d'action des différents sens, causées par une lésion encéphalique n'atteignant pas les nerfs servant à la fonction qui disparaît, dépendent d'une altération ou de la destruction d'une partie douée de cette fonction.

Plusieurs faits fondamentaux viennent à l'appui de ses assertions. Ils montrent que si, au-dessus de l'entrecroisement bulbaire, mais à des hauteurs différentes, bulbe, pont, pédoncule, capsule interne, on pratique des sections unilatérales, on produit d'autant plus sûrement des hémianesthésies du côté opposé, que l'on se rapproche davantage du cerveau, ce qui n'aurait pas lieu si par la section on ne faisait qu'interrompre des cordons conducteurs. De plus, si chez un mammifère qu'on a rendu hémianesthésique par une section de la capsule interne du côté opposé (partie postérieure), on fait une nouvelle section du côté hémianesthésié, au niveau de la dixième vertèbre dorsale, un transfert se produit et le côté hémianesthésique devient hyperesthésié en arrière de la section ; l'inverse se produit du côté opposé : d'où il résulte que par le fait de la deuxième section on a renversé l'effet primitivement produit. L'interruption des cordons conducteurs ne joue donc ici aucun rôle, c'est par l'inhibition des centres cérébraux qu'il faut expliquer ce phénomène. On voit aussi que la transmission paraît indifférente dans le cas actuel, et que de plus les deux moitiés du cerveau peuvent aussi bien régir l'un et l'autre membre postérieur.

Il est possible, enfin, de montrer par des faits expérimentaux ou cliniques que la destruction de toute une moitié de l'encéphale peut n'entraîner aucun trouble dans l'un ou l'autre côté du corps. MARCUS.

Des modifications que présentent les muscles à la suite de la section des nerfs qui s'y rendent, par J. BABINSKI (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 7 *janvier* 1884).

Recherchant la nature intime de processus de destruction des fibres musculaires, consécutivement à la section des nerfs, destruction caractérisée par une atrophie simple de la substance contractile, avec multiplication des noyaux du sarcolemme, l'auteur a constaté, sur des coupes de fibres musculaires (lapin, six semaines après la section du nerf), que

les champs de Cohnheim sont bien plus distincts qu'à l'état normal ; qu'ils sont dessinés par un réseau de protoplasma non différencié des fibrilles, protoplasma en voie d'accroissement, et arrivant souvent à former une couche épaisse, parsemée de noyaux, interposée entre le sarcolemme et le reste de la substance striée. L'atrophie de la substance contractile marchant ainsi de pair avec la tuméfaction de la substance protoplasmatique non différenciée, le travail qui s'effectue alors dans les muscles est comparable à celui qui se produit dans le bout périphérique d'un nerf sectionné. Puisque sous l'influence de la section du nerf le protoplasma non différencié de la fibre musculaire prend une vitalité plus grande, et qu'à sa suractivité nutritive est due vraisemblablement l'atrophie de la substance contractile (qui est absorbée par le protoplasma), on voit que le mot d'atrophie ne convient pas plus à ce travail pathologique, que le mot de dégénération ne convient aux phénomènes qui se passent dans le bout périphérique des nerfs après leur section. M. DUVAL.

Ueber die Veränderungen des Blutes der Lymphdrüsen und des Knochenmarks nach der Milzexstirpation (Des modifications du sang des ganglions lymphatiques et de la moelle osseuse après l'extirpation de la rate), par WINOGRADON (*Centralblatt für die med. Wis.* n° 50, 1882).

Les expériences de l'auteur ont été toutes faites sur des chiens ; voici ce qu'il a pu observer : le poids des animaux diminua légèrement dans les premiers jours qui suivirent l'opération, puis augmenta peu à peu ; le nombre des corpuscules rouges, après avoir diminué, puis augmenté, diminua chez tous les animaux d'une façon continue pour atteindre un haut degré. La grosseur des corpuscules rouges ne présenta aucun changement dans le cours de la première année qui suivit l'opération, puis le nombre des microcytes, c'est-à-dire des globules dont le diamètre ne dépasse pas 4 μ, augmenta d'une façon progressive ; dans la seconde et la troisième année les macrocytes étaient rares. La quantité de l'hémoglobine est tombée en moyenne à $0^{gr},068$ pour 1 centimètre cube de sang, tandis qu'elle est de $0^{gr},09$ chez un chien normal.

La quantité des globules blancs n'augmenta pas d'une façon notable après l'extirpation de la rate ; le poids spécifique du sang ne varia que dans d'étroites limites ; la quantité du sérum sanguin a toujours été trouvée plus considérable qu'à l'état normal ; il est probable que la plus grande quantité de microcytes contenus dans le sang des animaux dératés n'est pas sans influence sur la diminution de volume du caillot sanguin. L'auteur étudie ensuite les modifications qui se produisent dans les glanglions lymphatiques et la moelle des os, et il conclut de ses expériences que les changements dans la composition du sang se maintiennent plusieurs années ; que la régénération du sang se fait assez rapidement ; que les animaux dératés peuvent facilement supporter de fortes saignées ; que, de plus, l'extirpation de la rate ne fournit pas d'explication touchant la formation des globules rouges. L'auteur a trouvé les globules rouges à noyaux, aussi bien dans la moelle osseuse que dans les ganglions lymphatiques, en même proportion que chez le chien normal ; il ne sait si ces corpuscules proviennent d'un autre organe forma-

teur du sang, si ce sont de jeunes globules ou des globules ayant vécu.

W. OETTINGER.

Les rates accessoires et la néoformation de la rate à la suite de processus pathologiques de la rate primitive, par G. TIZZONI (*Archiv. ital. de Biologie, p.* 225, *mai* 1883).

L'auteur distingue avec soin deux variétés de rates accessoires : celles qui apparaissent à la suite de la splénotomie, et celles que l'on trouve par hasard à l'autopsie. Ces dernières sont surtout fréquentes chez les animaux coureurs, elles coïncident toujours avec une sclérose partielle ou généralisée de la rate principale, suite d'hémorragies intra-capsulaires. Dans ces cas, la néoformation débute toujours dans le voisinage de la rate, d'où elle s'étend dans les parties plus éloignées. Ces néoformations pathologiques débutent ordinairement par la formation de la pulpe ; dans un grand nombre de modules, on ne trouve pas de corpuscules de Malpighi. Lorsque, au contraire, la formation des rates accessoires est consécutive à l'ablation de la rate, on observe tout d'abord la formation de corpuscules de Malpighi, puis la néoformation suit régulièrement les diverses phases du développement embryonnaire, et finit par donner lieu à une structure qui, par la forme, le nombre et les rapports de ses parties, correspond entièrement à la structure de la rate normale d'un animal adulte.

C. GIRAUDEAU.

I. — Étude expérimentale sur la régénération partielle et sur la néoformation du foie, par C. TIZZONI (*Arch. ital. de Biologie, p.* 267, *juillet* 1883).

II. — Recherches expérimentales et pathologiques sur l'hypertrophie et la régénération partielle du foie, par COLUCCI (*Archiv. ital. de Biologie, p.* 270, *juillet* 1883).

I. — Dans les cas de blessures du foie, les cellules hépatiques voisines de la surface de section, répondent très vivement à l'inflammation : on voit, comme dans le foie de l'embryon, se former des cylindres pleins qui, ayant pour point de départ des amas de cellules hépatiques préexistantes et en voie de prolifération active, s'avancent, s'infiltrent dans le tissu conjonctif, qui réunit d'abord les lèvres de la plaie. Ces cylindres hépatiques, qui sont formés par un protoplasma à gros grains albumineux avec des granulations de pigment biliaire et de nombreux noyaux, sont légèrement tortueux dans tous les sens, envoient de nombreuses branches collatérales et se terminent par des renflements irréguliers ou en massue : dès leur formation, ils sont séparés du tissu conjonctif qui les entoure par un étroit espace vide qui représente le premier rudiment des vaisseaux biliaires. Peu à peu les cellules qui les limitent prennent les caractères des cellules hépatiques, les tubes rameux se mettent en rapport avec les trabécules du foie, et finalement le tissu hépatique de nouvelle formation est en tous points semblable au reste du foie.

C. GIRAUDEAU.

II. — Sur 13 cas de blessures produites par instrument tranchant sur diverses parties du foie, l'auteur a observé deux fois la formation d'une cicatrice fibreuse, une fois régénération incomplète du tissu hépatique

et dix fois sa régénération totale. Quant aux excisions de pièces cunéiformes, il distingue celles faites avec des ciseaux de celles opérées avec le couteau : en outre, les plaies faites sur des lobes normaux de celles faites sur des lobes hypertrophiés. Voici en résumé les résutats obtenus par M. Colucci : dans neuf excisions de petites pièces faites avec des ciseaux sur des lobes normaux, la guérison a eu lieu avec formation de cicatrice sur les bords écartés, et une fois seulement le tissu de cicatrice remplissait l'espace compris entre les deux bords et renfermait un kyste plein de matière caséeuse. L'épiploon était toujours adhérent au tissu de cicatrice. Dans deux incisions faites avec les ciseaux, pratiquées sur des lobes hypertrophiés, la réunion des lèvres eut lieu par cicatrice fibreuse linéaire. Dans trois excisions au couteau sur des lobes normaux il y eut deux cas de cicatrice fibreuse, et dans un cas le morceau excisé, que l'on avait laissé adhérent par un pédoncule très mince et remis en place, fut inclus dans la cicatrice ; à la suite de deux excisions avec introduction de plis épiploïques entre les lèvres de plaies, celles-ci restèrent écartées et recouvertes de tissu de cicatrice auquel adhérait l'épiploon ; dans deux autres cas l'animal sur lequel on opérait (un rat) ayant été tué au bout de deux jours, le pli de l'épiploon était entièrement compris entre les bords de la plaie et maintenu en place par un caillot de sang. Enfin, à la suite d'une excision au couteau, il y eut régénération complète du fragment enlevé au bout de 18 jours. Contrairement à l'opinion soutenue par M. Tizzoni, l'auteur ne croit pas que le tissu hépatique de nouvelle formation se forme par prolifération des cellules bordant la surface de section, mais bien aux dépens de globules blancs. Enfin, après l'ablation d'un lobe entier du foie, la portion qui reste s'hypertrophie par distension des vaisseaux sanguins, puis par augmentation de volume des cellules hépatiques. En outre, il se forme aux dépens de globules blancs extravasés de jeunes cellules hépatiques pourvues d'abord d'un noyau très volumineux ; peu à peu le protoplasma devient granuleux et la cellule prend insensiblement les caractères des cellules hépatiques normales.

C. GIRAUDEAU.

Contribution à l'étude de la paracentèse du péricarde, par H. FERRAND (*Thèse de Bordeaux*, 1882).

L'auteur a essayé de déterminer par des injections de liquides dans l'intérieur du péricarde sur le cadavre les rapports du cœur et de l'épanchement avec les organes voisins et avec la paroi thoracique antérieure. Il résulte de ses recherches que dans les cas d'épanchement péricardique il existe entre la pointe du cœur et le diaphragme un espace qui augmente avec la quantité de liquide épanché ; que cet espace s'agrandit par suite de l'abaissement du diaphragme dans la position assise, que le poumon gauche, refoulé en haut et en arrière, ne tend pas à s'interposer entre la paroi costale et le cul-de-sac péricardique inférieur, et que le lieu d'élection pour la paracentèse du péricarde se trouve dans le cinquième ou le sixième espace intercostal, à 8 ou 9 centimètres de la ligne médiane.

A. P.

Ueber Veränderungen der Reaction des Blutes bei kramphaften Contractionen der Körpermusculatur (Modifications de la réaction du sang dans les contractions morbides du système musculaire), par Albrecht-E. BURCKHARDT (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 17, p. 552, 1er septembre 1881*).

En alimentant des lapins avec des acides, Walter (*R. S. M.*, X., 453) avait constaté une diminution considérable de l'alcalinité du sang, une réduction au minimum de sa proportion d'acide carbonique, et vu les animaux succomber par paralysie respiratoire au milieu d'un affaiblissement extrême de la pression sanguine. En même temps il avait montré que l'injection d'alcalis dans le sang peut faire disparaître entièrement les phénomènes d'intoxication dus aux acides.

Partant du fait bien connu que le muscle tétanisé offre une réaction acide de même que le sang qui en coule, Burckhardt a tétanisé des chiens et des lapins, à l'aide de la strychnine et de l'électrisation de la moelle.

Dans ces expériences, l'alcalinité du sang disparaissait à peu près complètement, la proportion d'acide carbonique était presque autant diminuée que dans un empoisonnement direct par les acides; mais l'injection d'alcalis ne parvint jamais à sauver l'animal en relevant la pression sanguine. J. B.

Ueber pathogene Mucorineen und die durch sie erzeugten Mykosen des Kaninchens (Sur les muéorinées pathogènes et sur les mykoses qu'elles produisent chez le lapin), par L. LICHTHEIM (*Zeitsch. f. klin. Med., Bd VII, p. 141, 1883*).

Lichteim a étudié deux mucorinées qui se développent sur le pain humide et auxquelles il a donné (d'après le conseil de Cohn) le nom de mucor rhizopodiformis et de mucor corymbifer. Il a constaté qu'en introduisant leurs spores dans le sang du lapin on produit une maladie toujours mortelle. La marche et les phénomènes varient suivant la quantité des spores injectées, il ne paraît y avoir aucune différence dans l'action de l'un ou de l'autre mucor.

Si l'on injecte dans le sang d'un lapin plusieurs cent. cubes d'une solution très chargée de ces spores, l'animal ne présente aucun trouble les vingt-quatre premières heures; puis il cesse de manger, paraît abattu et meurt en quarante-huit ou au plus soixante-douze heures. Les principales lésions ont pour siège les reins et les plaques de Peyer.

Les reins sont doublés de volume, congestionnés, hémorragiques, présentant des points d'un blanc grisâtre. A l'examen microscopique on reconnaît que ses organes contiennent une grande quantité de mycélium. Les spores paraissent se développer d'abord dans les glomérules, mais elles se développent aussi dans les autres vaisseaux sanguins. Les tubes de mycélium pénètrent dans les canaux urinifères, et s'y développant s'étendent jusque dans les calices. Les cellules épithéliales des tubuli sont profondément altérées; ceux-ci contiennent des cylindres, et le tissu conjonctif interstitiel présente des signes d'une inflammation intense.

Les ganglions mésentériques sont rouges, hémorragiques, tuméfiés, ils contiennent de nombreux foyers de mycélium, aussi bien dans les sinus que dans les cordons folliculaires.

Les plaques de Peyer sont très altérées, et, comme dans la fièvre

typhoïde, surtout dans les dernières parties de l'intestin grêle, elles sont tuméfiées et le siège de petites hémorragies ; on y reconnaît des amas de mycélium.

La rate est peu altérée, on y rencontre exceptionnellement quelques foyers de mycélium. Les autres organes sont sains.

Les accidents produits par ces mucorinées n'ont jusqu'à ce jour jamais été observés chez l'homme, et il est peu probable qu'ils le soient jamais; l'auteur n'a pu les observer dans d'autres espèces, chez le chien, par exemple, qui paraît supporter sans inconvénient l'introduction dans les veines d'un liquide contenant en grande quantité les spores étudiées.

Il est à noter que les spores arrivent dans tous les organes, mais se développent seulement dans certains. De plus, le mycélium ne donne pas lieu à de nouvelles spores, si bien que les accidents sont moins graves si l'on introduit un nombre moindre de spores et que la maladie ne peut guère être transportée d'un animal à l'autre. On comprend dès lors la différence considérable qui sépare ces états pathologiques de ceux produits par l'introduction des virus-ferments. M. DEBOVE.

Ueber die Wirkung des Cantharidins auf die Nieren (Sur l'action de la cantharidine sur les reins), par Ida ELIASCHOFF (*Arch. f. Pathol. anat. u. Physiol. Bd* 94, *Heft* 2, *p.* 323, 183).

Les recherches de l'auteur ont été faites sur des lapins auxquels on injectait sous la peau 1 centigramme de cantharide dissoute dans l'acide acétique.

Les modifications trouvées dans les reins ont été les suivantes : il existait très nettement de la glomérulo-néphrite. Il se dépose au niveau des glomérules un exsudat albumineux coagulable par la chaleur, rempli de globules blancs et de globules rouges. Nulle part, dans les espaces interstitiels, il n'y avait de semblable exsudat, et on trouvait seulement dans les canaux collecteurs, au niveau des papilles médullaires, une accumulation de cellules migratrices. Dans les canalicules, il existait en même temps que la glomérulite une modification très marquée de l'épithélium, des tubuli dans le labyrinthe, les canaux collecteurs et dans l'anse ascendante de Henle. Ces lésions consistaient dans la destruction partielle des cellules épithéliales. Ces cellules avaient perdu leur moitié interne. Leur protoplasma s'était répandu dans le calibre du tube, quelquefois après avoir subi une dégénérescence granuleuse. Souvent les noyaux mis en liberté de cette façon étaient eux-mêmes tombés dans le tube. D'autres fois, ils restaient compris dans la moitié de la cellule adhérente à la paroi tubulaire, de façon à constituer un revêtement nucléaire continu appliqué sur la membrane propre. Des divers canaux signalés, c'est l'anse ascendante de Henle qui présente la résistance la plus considérable, ce sont ceux qui se modifient le plus tard. Les canaux collecteurs de la substance médullaire présentent une simple desquamation. Il a été dit déjà que dans leur intérieur on rencontre une accumulation de globules blancs. C'est, avec les glomérules, le seul point où ce phénomène puisse s'observer. Les cylindres fibrineux ont été rencontrés une seule fois dans la substance médullaire.

Cela tient évidemment à ce que les animaux étaient sacrifiés très rapi-

dement après l'injection cantharidienne et que, de cette façon, l'accumulation des détritus sous forme de cylindres n'avait pas pu se faire. Les lésions signalées sont donc, pour cette même raison, les premières en date, celles qui résultent tout d'abord de l'action de la substance toxique.

ALBERT MATHIEU.

I. — Notes sur les bacilles du jéquirity, par V. CORNIL et A. BERLIOZ (*Compt. rend. de la Soc. de biol.*, n° 31, 1883, *p.* 542).

II. — Le jéquirity et son principe phlogogène, par BRUYLANTS et VENNEMAU (*Académie de médecine de Belgique*, 26 *janvier* 1884).

I. — Ces recherches intéressantes portent sur les effets produits par les micro-organismes du jéquirity lorsqu'ils ont pénétré dans l'économie animale. Dans une première série d'expériences, on a injecté sous la peau des cobayes et des lapins des doses variables d'une infusion faible de jéquirity. Ces animaux sont morts dans l'espace d'un, deux et trois jours. Un des cobayes qui a subi une injection d'un demi-centimètre cube de la macération à froid de la graine pulvérisée a survécu et était presque guéri quinze jours après l'opération. Il paraît même avoir acquis une certaine immunité jéquiritique, car des inoculations ultérieures n'ont en rien atteint la santé de l'animal.

Des lapins auxquels on a injecté de la macération dans la plèvre ou le péritoine sont morts dans l'espace de 24, 36 ou 48 heures. L'autopsie faisait toujours constater des phénomènes de congestion des organes internes, puis une péritonite avec exsudat rempli de bacilles, souvent aussi des infarctus hépatiques avec obstruction vasculaire causée par des bacilles.

Des injections de 2 à 3 centimètres cubes dans les veines des oreilles des lapins ont été suivies de mort dans l'espace de 5 à 6 heures.

L'examen microscopique n'a pas toujours révélé les bacilles du jéquirity dans les liquides et dans les différents organes. Le sang des animaux injecté par les reins en renfermait très peu. « Par où passaient donc tous ces bacilles ? Comment étaient-ils éliminés et par quelles voies? » se demandent les auteurs.

A la seconde question, MM. Cornil et Berlioz répondent que le bacille est éliminé par l'intestin et le rein, car le mucus rendu par l'intestin et l'urine contenaient de nombreux bacilles. Fait digne de remarque, ces derniers se développeraient, d'après ces auteurs, plus facilement chez les animaux à *sang froid*, l'expérience *in vitro* à 40 degrés le confirme. Les bacilles du jéquirity disparaissent complètement au bout de quelques jours de séjour à l'étuve.

Les chiens sont très sensibles à l'action du micro-organisme du jéquirity. Deux de ces animaux dans le tissu cellulaire sous-cutané desquels des injections ont été faites ont eu presque un phlegmon et n'ont pris dès ce moment aucune nourriture. Deux à trois grammes de la graine du jéquirity donnés à un autre chien sont restés sans effet. Cette graine ne renferme donc aucun principe actif pouvant amener la mort d'un animal; le bacille du jéquirity n'y préexiste pas non plus, ni à l'état de spores, ni à l'état de bâtonnets.

MARCUS.

II. — L'action phlogogène du jéquirity serait due non au microbe

étudié par Sattler, Cornil etc., mais à un ferment (jéquiritine) qui prend naissance dans la germination de la graine, et qui est détruit par une température de 63°. Injectée dans le torrent circulatoire (grenouille, lapin), la jéquiritine produit les mêmes désordres que le ferment de la fibrine. Un demi-centième de milligramme du ferment instillé dans l'œil suffit à produire la conjonctivite chez le lapin (un dixième de milligramme chez l'homme). L. F.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Étude expérimentale sur l'action physiologique de l'iodoforme, par Gaetano RUMMO (*Arch. de Phys.*, *n*os 6 *et* 7, 1883).

L'insolubilité de l'iodoforme dans la plupart des dissolvants rend nécessairement l'étude physiologique de cette substance fort difficile ; l'auteur l'a administrée aux animaux mis en expérience, soit réduite en poudre fine, soit en dissolution dans l'huile d'amandes ou d'olives, soit en faisant inhaler ses vapeurs avec un appareil approprié. Il est arrivé à des résultats qui diffèrent assez notablement de ceux qu'avaient indiqués avant lui la plupart des auteurs; il a en outre particulièrement étudié l'action physiologique de l'iodoforme sur le cœur et les vaisseaux dans un grand nombre d'expériences méthodiquement conduites. Un des premiers effets observés dans l'intoxication par l'iodoforme est le ralentissement des battements cardiaques, ralentissement régulier se produisant sans diminution de l'énergie ou irrégularité des contractions ventriculaires. Ce phénomène disparaît lorsqu'on sépare le cœur de ses centres nerveux ; il ne se produit pas lorsque au préalable on a détruit le bulbe. Les substances analogues, le chloroforme, le chloral, l'éther bromhydrique, présentent des différences bien marquées ; l'action de ces anesthésiques se manifeste par un ralentissement des mouvements du cœur, mais ce ralentissement s'accompagne d'intermittences le plus souvent rythmées; en outre, si l'on excise le cœur dans de pareilles conditions, on voit les contractions conserver le même caractère, le même genre d'irrégularité qu'auparavant ; ces poisons, contrairement à l'iodoforme, agiraient donc directement sur l'appareil nerveux intrinsèque du cœur. L'iodoforme agit également sur la température, et il faut noter qu'à faibles doses il produit une légère élévation thermique, tandis qu'à doses massives il détermine une hypothermie notable de plusieurs degrés.

L'iodoforme possède aussi une action bien manifeste sur les centres nerveux, les nerfs et les muscles ; dans une première période il produit une diminution de motilité volontaire, particulièrement chez les grenouilles, en même temps qu'un amoindrissement de la sensibilité et des phénomènes réflexes ; cet affaiblissement progressif s'accompagne d'une diminution assez marquée de l'excitabilité des nerfs sensitifs et des muscles; mais ces derniers, plus longtemps que les nerfs périphériques, réagissent aux excitations galvaniques. Dans une seconde période sur-

viennent des contractions toniques accompagnées d'exagération des réflexes tendineux, puis enfin des contractions tétaniformes généralisées au milieu desquelles survient la mort ; ces phénomènes ne se produisent qu'avec de fortes doses du médicament, grâce à l'excitation toute physique du système nerveux, sur lequel l'iodoforme agit surtout comme poison paralysant.

Il augmente encore les diverses sécrétions, particulièrement les sécrétions biliaire et salivaire, provoque des troubles digestifs, à fortes doses, en déterminant des vomissements, le dégoût des aliments et des selles diarrhéiques et dysentériques.

L'iodoforme s'élimine par la plupart des sécrétions à l'état d'iodure ou d'iodate alcalin, et sa présence est facilement décelée par l'action si sensible que l'iode exerce sur l'empois d'amidon ; c'est ainsi qu'on constate sa présence sous la forme d'iodate dans les urines. Celles-ci deviennent parfois albumineuses lorsque l'iodoforme a été employé à très forte dose ; quelquefois aussi elles contiennent une certaine quantité de sang, et il est facile de constater dans les reins des lésions manifestes de glomérulite et de congestion vasculaire. L'iodoforme s'élimine encore en nature, mais en très faible quantité, par les poumons.

Outre les lésions des reins, on trouve une altération graisseuse des cellules hépatiques et des lésions de la moelle consistant surtout en une dilatation considérable des vaisseaux sanguins et un état particulier des cellules des cornes antérieures, qui se révèle par la diminution de leur volume, leur changement de forme et enfin la disparition du noyau.

L'iodoforme en nature n'arrête pas le développement des bactéries en voie de pullulation, mais l'iodate de soude semble être un agent plus antifermentescible ; une solution à 8 0/000 empêche l'apparition de bactéries, tandis qu'il faut une solution au 1/10 pour tuer celles-ci une fois développées et en voie de prolifération. W. ŒTTINGER.

Ueber parenchymatoese Ueberosmiumsäure Injectionen, par Eugen FRAENKEL (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 15, *p.* 234, 14 *avril* 1884).

Depuis 2 ans, à la suite d'une publication émanant de la clinique de von Winiwarter (Delbastaille : *Chirurgisches Centralblatt* 1882, n° 18), les injections d'acide perosmique ont été appliquées à la cure des tumeurs malignes. G. Neuber en a étendu l'emploi aux névralgies.

Jusqu'ici les divers expérimentateurs qui y ont eu recours ont affirmé, sinon la constante efficacité du médicament, du moins sa complète innocuité.

Fraenkel publie le résultat de quelques expériences qu'il a faites chez des lapins et qui montrent que les injections d'acide perosmique pratiquées au voisinage immédiat des nerfs mixtes peuvent entraîner des lésions nerveuses et musculaires, très localisées il est vrai, mais suffisantes pour troubler le fonctionnement du membre.

En procédant graduellement, il est arrivé à injecter 80 centigrammes d'une solution aqueuse au centième (celle qui a été préconisée chez l'homme) dans la cuisse de 3 lapins, au niveau du point d'émergence du sciatique. Il a reconnu l'exactitude du fait que ces injections étaient

indolores ; mais elles ont entraîné une paralysie plus ou moins marquée du membre.

A l'examen microscopique, on reconnaît une double altération des nerfs consistant dans la destruction d'un assez grand nombre de leurs fibres et dans la production d'une périnévrite calleuse amenant une compression du tronc nerveux.

Les lésions musculaires n'étaient pas de moindre importance et également de 2 ordres : d'abord des altérations parenchymateuses de la substance contractile, puis une myosite interstitielle entraînant l'atrophie du muscle.

Ces expériences ont permis de constater le fait curieux que, sur le vivant même, l'osmium conserve sa propriété de colorer la myéline en noir ; reste à savoir s'il n'en résulte pas un certain trouble des fonctions du nerf.

Enfin, on retrouve l'osmium réduit à l'état métallique sous forme de dépôts au voisinage du lieu de l'injection.

Nous renvoyons à l'original pour l'exposé détaillé des constatations nécroscopiques. J. B.

Azione del piombo sul vago, par CURCI (*Gazzetta degli Ospitali, mars* 1883).

Dans ses expériences, Curci s'est servi, pour mesurer la pression sanguine chez le chien, du manomètre enregistreur de Marey. Il injectait du chlorure de plomb dans la veine crurale. Il conclut de l'examen des tracés sphygmographiques que le plomb produit des intermittences ou des arrêts des pulsations cardiaques qu'il rend manifestement plus rares : le plomb aurait donc certainement une action excitante ou irritante sur le vague. Il rend la systole plus courte, la diastole plus longue, il abaisse la pression artérielle. Ces effets se produisent avec les nerfs intacts ou coupés, plus encore avec les nerfs intacts : le plomb agirait sur les pneumogastriques dans leurs parties centrales et dans leurs parties périphériques intracardiaques. Telle est l'action du plomb dans la première période.

Dans la seconde période et avec des doses absolument toxiques, le plomb abaisse la pression sanguine, rend le pouls plus fréquent et progressivement plus faible ; il arrive à paralyser le cœur et paraît agir sur les éléments musculaires ou sur l'appareil nervoso-musculaire moteur.

Faisant application de ces données aux coliques saturnines, l'auteur pense qu'elles sont dues à l'irritation déterminée par le plomb sur les rameaux du vague, qui, suivant Bernard et Oehl, vont donner la sensibilité aux intestins. F. BALZER.

Recherches expérimentales sur la propriété excitante de l'avoine, par André SANSON (*Journ. de l'Anatomie et de la Physiologie, mars* 1883).

Le péricarpe du fruit de l'avoine contient une substance soluble dans l'alcool, qui jouit de la propriété d'exciter les cellules motrices du système nerveux. Cette substance n'est point identique au principe odorant de la vanille ou vanilline, comme l'avaient pensé quelques auteurs ; c'est une matière azotée, qui semble appartenir au groupe des alcaloïdes ; on pourrait la nommer *avénine*. D'après les expériences faites sur le cheval,

la durée totale de l'effet d'excitation ou d'accroissement de l'excitabilité neuro-musculaire serait d'environ une heure par kilogramme d'avoine. Suivent d'intéressantes considérations de mécanique musculaire, montrant que l'avénine doit, par son action excitante, amener les muscles à se contracter plus facilement, d'une manière plus brusque, et plus souvent, de sorte que l'énergie accumulée dans la machine animale se dépense plus vite, cela, bien entendu, aux dépens de la masse déplacée, le travail disponible n'ayant point changé de valeur. M. DUVAL.

Remarks upon some recent investigations on the venom of serpents, par S.-Weir MITCHELL (*Lancet*, 21 *juillet* 1883).

D'après ses recherches sur le venin du cobra, du crotalus adamanteus, du crotalophorus, du serpent à tête cuivrée, du moccasin (pugnax et piscivorus), de l'elaps corallina, l'auteur croit pouvoir conclure que le venin de ces divers serpents renferme au moins trois éléments protéiques : le premier, dialysable, ressemblant à une peptone, paraît avoir la propriété de hâter la putréfaction, bien qu'il ait peu d'influence sur la coagulation du sang. Le second, qui se rapproche de la globuline et qui est plus actif, détermine d'énormes hémorragies locales au point d'inoculation. Ces deux substances diffèrent en proportion et en activité suivant les espèces et même suivant les sujets. L'une et l'autre sont détruites par une température de 100 centigrammes dans toutes les espèces étudiées. Le troisième élément ressemble à l'albumine du sérum et n'a pu encore être étudié complètement.

En ce qui concerne la question des contrepoisons, il est certain qu'on possède une série de substances capables de détruire le venin sur place quand on les met en contact local avec lui ; parmi ces substances, le permanganate de potasse est peut-être le plus sûr. Mais nous n'avons jusqu'à présent aucun moyen de poursuivre le venin dans le sang et de l'empêcher de donner la mort ; nous ne possédons pas d'antidote physiologique.

Quant aux remarques de Badaloni sur l'inactivité du poison des vipères par les temps froids, cette inactivité ne tient pas à une altération du venin, mais à son peu d'abondance et à la lenteur de son renouvellement : dans l'état d'engourdissement où le froid plonge les serpents de toute espèce la sécrétion est presque arrêtée. H. BARTH.

Note sur les poissons toxiques du Japon, par Ch. RÉMY (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.*, *n°* 4, *p.* 263, 1883).

Pendant son voyage au Japon, l'auteur a pu se procurer quelques exemplaires de poissons réputés toxiques dans ce pays. Les poissons toxiques de ces parages constituent douze espèces appartenant toutes au genre tétradon. Certaines de ces espèces n'amènent que des indigestions, d'autres provoquent au contraire des intoxications très graves se terminant souvent par la mort. Les habitants croient que ce sont les viscères qui occasionnent surtout ces troubles mortels ; c'est surtout au printemps que l'ingestion devient très dangereuse. L'auteur doit à M. Geerts l'indication d'expérimenter surtout les organes génitaux. Des chiens mangèrent de ces organes ; ils furent pris de salivation et de vomissements ;

ils se débarrassèrent ainsi de la plus grande partie du poison, et la mort ne survint pas. Il fallut piler des organes génitaux et injecter cette bouillie sous la peau. Mêmes phénomènes tout d'abord, chez les chiens soumis à cette expérimentation. Mais ultérieurement vinrent des contractions violentes de l'abdomen accompagnant les vomissements, enfin le relâchement des sphincters, une dyspnée extrême et la cyanose et la mort. Une paralysie progressant du train postérieur au train antérieur caractérise cette dernière phase de l'empoisonnement.

Les autopsies montrent que ce ne sont pas les centres nerveux qui sont principalement atteints, mais le tube intestinal et les glandes annexes. La symptomatologie paraît être la même chez l'homme. De l'avis de l'auteur, qui a opéré en hiver, la mort, survenue généralement chez les chiens au bout de deux heures, eût été beaucoup plus rapide au printemps, moment où les organes génitaux se développent d'une manière considérable. MARCUS.

Des injections sous-cutanées de narcéine combinées avec les inhalations de chloroforme, par RABUTEAU (*Compt. rend. de la Soc. de biol.*, *n*° 16, *p.* 303, 1883).

Pour arriver à une narcose complète en administrant de faibles doses de chloroforme, Rabuteau recommande l'injection du chlorhydrate de narcéine. Des chiens qui ont subi des injections de 5 à 10 centigrammes de ce sel inoffensif ont été profondément endormis par quelques inhalations et conservaient après le sommeil leur anesthésie ! (L'auteur ne dit pas pendant combien de temps.)

La narcéine ne produit pas de vomissements. La thébaïne et la papavérine facilitent également la chloroformisation ; il n'en est pas de même de la narcotine ni de la codéine. L'auteur regarde comme impossible la mort par syncope au début de la narcose, si le *chloroforme* (ou l'éther) *est pur* et s'il n'y a pas d'affection cardiaque. MARCUS.

Das Stickstoffoxidul und Versuch seiner Andwendung in der Therapie (Le protoxyde d'azote et son emploi en thérapeutique), par Stanislaus KLIKOWITSCH (*Arch. f. pathol. Anat. et Physiol.*, *Bd XCIV*, *p.* 148 *et p.* 227, 1883).

Le protoxyde d'azote pur n'entretient pas la respiration des animaux et des plantes, et de même que les autres gaz indifférents, il amène à la mort par asphyxie. Cette asphyxie présente toutefois des caractères particuliers.

Il ne provoque dans le sang aucune modification chimique ou morphologique ; il s'y dissout d'après les lois physiques et s'élimine sans qu'il y ait trace de décomposition en oxygène et en azote.

L'anesthésie obtenue par le protoxyde d'azote pur est si intimement liée à l'oxydation insuffisante du sang, qu'elle ne doit pas être considérée comme totalement inoffensive, surtout lorsqu'il existe des lésions du cœur, des poumons et des vaisseaux.

En ajoutant au protoxyde d'azote 20 0/0 d'oxygène, on écarte complètement toute possibilité d'asphyxie et l'on provoque dans l'organisme une série de manifestations qui peuvent être d'une grande utilité au point de vue thérapeutique.

Sous l'influence de ce mélange gazeux, les contractions cardiaques sont accélérées chez la plupart des sujets sains ; le pouls se rapetisse, les mouvements respiratoires sont plus rares et plus profonds, et ces manifestations disparaissent au bout de 3 à 5 minutes.

Lorsque l'action du cœur est affaiblie, le mélange en question n'exerce pas d'influence nocive sur l'action du cœur. Le plus souvent, alors le nombre des systoles se trouve abaissé, les ondées pulsatiles sont plus amples et plus pleines. Cette action sur la circulation dure 1 à 2 heures.

Lorsque l'innervation respiratoire est troublée, le mélange régularise le rythme respiratoire et fait disparaître rapidement les phénomènes objectifs ou subjectifs d'anoxémie.

Ce même mélange possède une action calmante passagère sur la douleur. Cela explique sans doute la disparition rapide de l'angine de poitrine sous l'influence de quelques inhalations. Il peut être préféré au chloroforme en tant qu'anesthésique au cours de l'accouchement. Il calme rapidement la toux et le vomissement. ALBERT MATHIEU.

I. — Subcutane Injectionen von Ergotinin (Tanret). — Ergotininum citricum solutum (Gehe), par EULENBURG (*Deutsche med. Woch.*, *n° 44*, 1883).

II. — Note on some experiments with ergotine, par Sydney RINGER et Harrington SAINSBURY (*Brit. med. journ.*, *p.* 97, *janvier* 1884).

I. — Voici les conclusions de l'auteur.

L'ergotinine de Tanret (citrate d'ergotinine de Gehe) est mieux appropriée que les autres préparations aux injections hypodermiques, qui s'effectuent sans douleur et ne donnent lieu à aucun accident local ultérieur.

Les doses peuvent être portées de $0^{gr},0002$ à $0^{gr},0007$ et même à $0^{gr},001$. Chez les adultes elles provoquent un ralentissement plus ou moins marqué du pouls, avec abaissement de la pression artérielle et abaissement de la température, sans autre phénomène physiologique important.

Elles sont utiles dans les névroses vaso-motrices, les céphalées, les névralgies, la maladie de Basedow. On les emploie avec succès dans la paralysie du sphincter vésical. L. GALLIARD.

II. — De leur expériences, les auteurs concluent que l'ergotine ne provoque pas la contraction des artérioles et l'accroissement de la tension sanguine par le fait d'une action sur les centres nerveux. Pour eux, l'ergot de seigle agit exclusivement sur la fibre musculaire elle-même et sur les éléments contractiles des artères. H. R.

Physiologische und therapeutische Wirkungen des Papayotin und Papaïn (Actions physiologiques et thérapeutiques de la papayotine et de la papaïne), par M.-J. ROSSBACH (*Zeitsch. f. klin. Med.*, *Bd. VI*, *p.* 527, 1883).

Rossbach a exposé dans une série de chapitres les résultats de ses expériences sur les actions physiologiques et thérapeutiques de la papayotine et de la papaïne.

Des propriétés digestives de la papayotine. — Elles sont les mêmes à chaud et à froid. — La viande d'un lapin tué depuis deux heures,

dans une solution de 5 0/0 de papayotine, se ramollit au bout d'une demi-heure, se dissocie en fibres, puis se dissout complètement. Le tissu pulmonaire est, au contraire, peu altéré ; au bout de plusieurs jours, il pâlit un peu et se recoqueville. Les membranes muqueuses vivantes ne sont pas du tout attaquées. — Les solutions très étendues ont un pouvoir digestif très faible, l'action des solutions à 1/2 0/0 est presque nulle. — L'addition d'acide chlorhydrique ou phénique diminue le pouvoir digestif, mais il n'est pas encore aboli dans les solutions qui contiennent une proportion d'acide de 4 0/0.

Action sur l'estomac. — Des chiens sains ou malades supportent sans inconvénient des doses de papayotine variant de 2 à 5 grammes. L'emploi de ce médicament n'a entraîné aucun inconvénient et a permis aux animaux de digérer d'énormes doses de viande.

Effets des injections de papayotine dans le sang. — Des doses de 5 centigrammes à un gramme tuent les chiens dans un espace de temps qui varie de cinq minutes à une demi-heure. La cause de la mort parut être la paralysie du cœur.

Action des injections sous-cutanées de papayotine. — A petite dose, cette substance produit des troubles passagers par digestion des tissus sous-cutanés ; à dose plus forte, elle produit de la gangrène.

Action sur les organismes inférieurs et sur les processus de putréfaction. — Pendant la digestion produite par cette substance, il se développe ordinairement un grand nombre de bactéries. On peut empêcher leur formation en stérilisant le milieu ; on remarque alors que la digestion est plus lente.

Emploi thérapeutique. — L'auteur croit que la papayotine peut être employée pour provoquer la digestion et la résorption des tumeurs (en injection interstitielle), pour dissoudre les fausses membranes diphtéritiques, pour combattre diverses affections de l'estomac, notamment les dyspepsies. M. DEBOVE.

Expériences pour servir à l'étude des propriétés physiologiques de la pyridine, par BOCHEFONTAINE (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.*, n° 1, 20 *janvier* 1883).

M. Bochefontaine, dans ce travail, soumet à de nouvelles expériences l'étude de la pyridine, récemment étudiée par MM. Marcus et Œchsner de Coninck. Chez les grenouilles rendues complètement inertes et ayant perdu les mouvements spontanés, la respiration de même que les contractions cardiaques sont ralenties. La contractilité musculaire est conservée ; l'excito-motricité nerveuse notablement diminuée, le pouvoir réflexe de la moelle notablement aboli. A la période terminale de l'intoxication l'excito-motricité disparaît aussi. Chez le cobaye, les phénomènes se passent de la même manière avec quelques faibles différences. Lorsque l'animal meurt, le cœur continue de battre alors que la respiration est définitivement arrêtée. L'auteur n'a pas fait jusqu'ici les expériences sur des chiens ; mais, déjà maintenant, il est permis de dire qu'il s'agit là d'un agent paralysant, mais peu toxique, car 11 centigrammes de pyridine pure sous la peau d'une grenouille n'amènent la mort qu'au bout de huit heures ; 1 centimètre cube d'une solution à volume égal de pyridine et d'eau, injecté sous la peau d'un cobaye, ne tue pas plus vite l'animal. MARCUS.

Do pao-pereira, da pereirina e seus saes, par Almir NINA (*Thèse, Rio-de-Janeiro,* 1883).

Le Pao-Pereira (*Geisospermum lœve, Baillon*) est une plante du Brésil qui a pour principe actif un alcaloïde, la péréirine, découvert par Ezequiel. On a employé en clinique les chlorhydrate, sulfate et valérianate de péréirine. Elle a déjà été étudiée en France au point de vue physiologique, par Bochefontaine et de Freitas.

L'action topique est peu ou point irritante ; la saveur est excessivement amère. Sur le système nerveux, il y a d'abord abolition des mouvements volontaires, puis disparition des mouvements réflexes. Les battements du cœur se ralentissent à faible dose ; mais lorsque la dose est élevée, ils s'accélèrent en même temps que la tension artérielle s'abaisse. Lacerda a appelé l'attention sur l'espèce d'antagonisme qui existe entre la péréirine et la digitaline : un cœur dont les battements sont ralentis par la digitale s'accélère et se régularise par l'emploi de la péréirine. L'action sur la température n'est pas nette. Le nombre des mouvements respiratoires diminue et l'animal meurt par asphyxie.

Pour les injections hypodermiques il faut se servir de chlorhydrate, qui est très soluble dans l'eau, tandis que l'alcaloïde l'est peu. La péréirine retarde la putréfaction. L'auteur n'a pas pu trouver trace de son élimination par les urines.

C'est contre la fièvre intermittente palustre que le pao-pereira et ses préparations comptent leurs plus brillants succès. Le chlorhydrate de péréirine, le plus employé se donne deux ou trois heures avant le moment probable de l'accès à la dose d'un gramme environ. Il est indiqué encore dans les fièvres rémittentes d'origine malarienne ; on en prescrit deux grammes par jour à la période de rémission. Il réussit tout aussi bien dans les formes larvées. Mais l'expérimentation n'est pas encore suffisante pour que l'auteur puisse établir une conclusion dans les accès pernicieux.

L'écorce de pao-péreira est employée en décoction faite avec 15 à 20 grammes de substance pour 500 grammes d'eau ; on a souvent utilisé avec avantage des bains généraux contenant 500 ou 1,000 grammes d'écorce. BAZILE FÉRIS.

Einwirkung von Morphium und Chloroform einerseits und von Strychnin anderseits auf das Rückenmark (Actions de la morphine et du chloroforme d'une part, de la strychnine d'autre part, sur la moelle), par ZUELZER (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 19, *p.* 295, 8 *mai* 1882).

De onze expériences faites tant sur des chiens que sur des lapins, Zuelzer conclut que, tandis que la morphine et le chloroforme activent énormément le travail de décomposition dans le tissu nerveux, la strychnine l'amoindrit. En effet, les deux premières substances accroissent la proportion d'acide phosphorique contenue dans l'urine tandis que la dernière la diminue. L'état de la moelle est d'ailleurs bien différent dans les deux cas, soit à l'œil nu, soit au microscope. J. B.

Esperienze comparative fra il grado de venenosita dell'acido fenico, del timol naturale, del timol cimene e della resorcina, par FUBINI et GILIBERTI (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino, août-septembre* 1882).

Une série d'injections sous-cutanées pratiquées chez le cochon d'Inde ont donné les résultats suivants :

Le thymol naturel est, de toutes les substances en question, la moins toxique ; une injection de 110 centigrammes par kilogramme de l'animal en expérience est nécessaire pour déterminer la mort.

Le thymol artificiel, l'acide phénique et la résorcine ont un degré de toxicité à peu près égal ; la dose mortelle n'est que de 70 centigrammes par kilogramme *de cochon d'Inde.* H. BARTH.

Des convulsions épileptiques par empoisonnements, par ROVIGHI et SANTINI (*R. Istituto di studi superiori pratici e di perfezionamento in Firenze, etc., Florence* 1882).

Les auteurs ont expérimenté sur la picrotoxine et la cinchonidine ; la première agirait, selon Chirone, sur le bulbe, la seconde sur la substance corticale du cerveau, d'où l'existence de deux points de départ des convulsions épileptiques. Les auteurs n'admettent pas ce dernier point d'après leurs expériences. Ils croient que l'excitation première se fait d'abord sentir sur la substance corticale du cerveau.

Ils enlèvent les centres corticaux à deux chiens auxquels ils injectent ensuite sous la peau de la picrotoxine ou de la cinchonidine. Cette injection fait reparaître un peu les phénomènes convulsifs qui avaient disparu après l'opération. Après la destruction de la zone motrice d'un côté, les secousses et les contractions de la face, du tronc et des membres qui précèdent l'attaque épileptique, tant après la picrotoxine qu'après la cinchonidine, se manifestent peu énergiquement du côté opposé à la zone corticale détruite, ce qui prouve que les centres moteurs sont les premiers à ressentir les effets convulsifs des deux poisons. Il en est à peu près de même quand l'empoisonnement a lieu peu de jours après la destruction de l'écorce ; les convulsions toxiques se font sentir surtout du côté non parésié. Enfin, quand l'empoisonnement a lieu deux mois après la destruction de l'écorce, si l'on injecte de fortes doses, on ne trouve aucune différence dans la forme et l'intensité des convulsions des deux côtés.

En faisant une section au-dessous du bulbe et en pratiquant des sections de la moelle spinale, les auteurs constatent que les convulsions se produisent avec un grand retard et seulement après des doses élevées, et en se limitant souvent aux muscles innervés par les régions placées au-dessous de la lésion bulbaire ou médullaire.

En associant l'action de ces deux substances épileptogènes à celle de l'atropine, on aurait à un haut degré l'excitabilité de la substance cérébrale, ainsi que l'avait dit Albertoni : on la diminue, au contraire, si on leur associe le bromure de potassium, l'éther ou le chloroforme ; on peut empêcher ou suspendre l'accès.

Ces faits sont d'accord avec les expériences de Bubnoff et Heidenhain, et semblent contribuer à appuyer la théorie corticale de l'épilepsie.

F. BALZER.

Sul decorso della temperatura durante l'avvelenamento acutissimo per nicotina e su alcuni sintomi di questa intossicazione (Marche de la température dans l'empoisonnement suraigu par la nicotine et de quelques-uns de ses symptômes), par TAMASSIA (*Riv. sper. di med. leg.*, *fasc.* II *et* III, 1883).

L'auteur a expérimenté sur des chiens, administrant la nicotine diluée dans l'eau distillée par voie hypodermique. En prenant la température rectale, l'animal étant maintenu immobile, Tamassia constate l'abaissement notable et continu de la température pendant l'empoisonnement. Cet abaissement a varié chez cinq animaux de 1°,2 à 3°,6. Ces différences sont en rapport avec l'importance des doses et la rapidité de l'empoisonnement. Plus il est rapide, plus l'abaissement est grand, les organes n'ayant pas le temps de réagir.

Tamassia n'admet pas le rapprochement qu'on a voulu créer entre la strychnine et la nicotine. Celle-ci provoque surtout des phénomènes cardio-respiratoires, pas de surexcitation des centres d'innervation musculaire. D'abord on observe l'augmentation double ou triple des battements du cœur et la diminution de l'amplitude des mouvements respiratoires. Il y a quelques contractions fibrillaires, mais pas de contractions rythmiques et régulières par leur diffusion, pas d'exagération de l'excitabilité musculaire, comme dans l'empoisonnement strychnique. Avant tout, dit Tamassia, la nicotine agit sur le cœur, ainsi que l'avait admis Traube, qui la comparait à la digitale. Son action s'exerce sur la dixième paire, et si l'on sectionne cette paire pendant les deux premiers tiers de l'intoxication, les animaux ne présentent pas de notables différences dans la fréquence et l'intensité des battements du cœur. F. BALZER.

Strychninvergiftung (4 cas d'empoisonnement par la strychnine), par G. BOLHALTER (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 1, *p.* 31, 1er *janvier* 1883).

Le 2 septembre au soir, l'auteur reçoit à l'hôpital militaire de Willem Ier (Java) quatre indigènes présentant, à des divers degrés, le même ensemble de symptômes.

Le plus gravement atteint, âgé de 36 ans, avait l'intelligence nette, mais il lui était impossible de parler. Il avait, presque sans discontinuer, des contractions toniques et cloniques des muscles de la face et des yeux et en outre du trismus.

Toutes les minutes au plus, il était pris de convulsions tétaniques des extenseurs des quatre membres qui duraient quelques secondes et étaient suivies d'un opisthotonos modéré. En outre, toutes les 6 ou 7 minutes, survenait une violente crampe des muscles respiratoires : après une pause respiratoire d'une minute, il y avait quinze ou vingt inspirations très profondes.

Il suffisait de souffler sur le malade, d'approcher une montre de son oreille, etc., pour provoquer le retour des accès convulsifs, pendant lesquels la face se couvrait seule de sueur et les pupilles restaient normales.

Bolhalter diagnostiqua un empoisonnement par la strychnine et fit le traitement suivant : injection sous-cutanée de 3 centigrammes de morphine; bromure de potassium 4 grammes, dont la déglutition fut très difficile.

Au bout d'un quart d'heure, les accès étaient devenus plus rares, la parole possible, et l'on pouvait enfin compter le pouls, qui battait 110 fois.

Quand les accès tétaniques recommencèrent à augmenter de fréquence et de force, Bolhalter prescrivit 3 grammes d'ipéca dans 30 grammes d'eau. Ce

médicament produisit un calme relatif. Le malade eut des vomissements, puis vers le matin dormit plusieurs heures.

Le lendemain 3, il n'avait plus que des convulsions cloniques et toniques de la face et du tremblement des membres; plus d'accès convulsifs réflexes.

Dès le 4, il put sortir de l'hôpital.

Chez les trois autres soldats les accidents furent beaucoup moins intenses et cédèrent définitivement aux injections morphinées et au bromure de potassium.

Mais tous quatre furent ultérieurement pris de douleurs et de faiblesse dans les membres inférieurs.

L'étiologie de ce quadruple empoisonnement est assez singulière.

Les quatre Javanais étaient au cachot; malmenés par le surveillant, ils menacèrent de porter plainte. Celui-ci leur apporta un pot de café dont ils burent chacun une plus ou moins grande quantité. Au bout de quelques minutes, ils furent pris d'un violent étourdissement, puis de convulsions.

L'analyse chimique a décelé la présence de la strychnine dans le restant du café et dans les matières vomies. (*R. S. M.*, II, 821; III, 690; VI, 237 et 584; VII, 518; IX, 252; X, 96; XIX, 92.) J. B.

Empoisonnement par l'aconit, par Herbert SEAGER (*Brit. med. journ., p.* 1067, *décembre* 1883).

Une femme de 40 ans avale trois drachmes environ d'un liniment à l'aconit. Presque immédiatement, prostration extrême, entrecoupée de convulsions fréquentes et violentes. Face congestionnée, lèvres rouges, pupilles dilatées, sclérotiques injectées, iris déformé. Pouls petit, irrégulier, respiration fréquente et suspirieuse. Bientôt après, perte complète de la sensibilité cutanée : puis, au bout d'un quart d'heure à peine, algidité générale, suppression du pouls et de la respiration, ravivée momentanément par la sinapisation de l'épigastre : impossibilité d'avaler, coma et mort. L'empoisonnement n'avait pas duré en tout plus d'une heure trois quarts. Un vomitif administré presque immédiatement n'avait produit aucun effet. H. R.

Empoisonnement par les semences du solanum pseudo-capsicum, par E. RABOT (*Revue d'hygiène, novembre* 1881).

Aucun fait n'a encore été publié révélant les propriétés toxiques du solanum pseudo-capsicum, connu vulgairement sous le nom d'amomum.

C'est un arbrisseau vivace, à tige ligneuse, sans épines; à feuilles lancéolées et à ombelles sessiles. Les fruits sont des baies rouges, renfermant des graines réniformes.

Cet arbuste, originaire de Madère, sert comme plante d'ornement.

Au mois de février, à Mantes, un amomum fut jeté dans la rue. Quelques enfants en mangèrent les fruits.

L'un d'eux, âgé de 4 ans, fut pris de vomissements, de coliques, de vertiges et de céphalalgie. Au bout de quelques heures, quand le médecin fut appelé, l'enfant ne parlait plus; la pupille était très dilatée, la respiration stertoreuse. Mort rapide.

D'après Rabot, si les autres enfants qui ont mangé des baies d'amomum n'ont pas été empoisonnés, c'est qu'ils ont rejeté la graine dans laquelle se trouve concentrée la solanine, ainsi qu'il s'en est assuré sur des fruits provenant de l'arbuste de Mantes. J. B.

Empoisonnement par le gaz d'éclairage, par Eugène LAFARGUE (*Annales d'hygiène, mai* 1883).

A Bordeaux, au mois d'avril, dans une chambre de rez-de-chaussée, éclairée sur la rue par une fenêtre, on trouve dans leur lit les cadavres de deux époux ayant chacun une cinquantaine d'années.

La veille, ils s'étaient couchés de bonne heure, en laissant allumée une lampe à essence minérale qui brûle encore. En pénétrant dans la pièce, on est suffoqué par l'odeur de gaz.

Les deux cadavres ont les membres rigides, de vastes lividités sur les parties déclives, la face violacée, les pupilles très dilatées. Une écume roussâtre s'échappe de leurs narines. Traces de vomissements d'aliments peu digérés.

Dans une autre chambre du rez-de-chaussée, séparée de celle des victimes par un corridor, deux octogénaires ont failli succomber à la même intoxication.

La maison n'était pas pourvue de gaz, mais à son niveau il existait une rupture de la conduite de la rue. (Voy. *R. S. M*, XVII, 74 ; XVIII, 62.) J. B.

Ein Vergiftungsfall in Folge Genusses der Samenkörner des Ricinusstrauches Empoisonnement par les graines de ricin), par Otto LANGERFELD (*Berl. klin. Woch.*, *n°* 1, *p.* 9, 2 *janvier* 1882).

Garçon de 10 ans ; la veille, en sortant de l'école, il s'était plaint de nausées et de céphalalgie. Puis il eut des vomissements qui redoublèrent pendant la nuit. Garde-robes et miction involontaires.

Intelligence parfaite. Agitation ; gémissements continus. Visage pâle, froid, cyanosé. Yeux enfoncés. Air anxieux et souffrant. Peau visqueuse. Température au-dessous de la normale (36°,3), pouls très petit à 110. Vives douleurs au creux de l'estomac. Soif inconcevable. Sensation de brûlure dans la gorge, qui est rouge et tuméfiée. Langue sèche, épaisse, recouverte d'un enduit jaune. Abdomen rétracté et très douloureux à la palpation.

Les vomissements sont formés de mucosités verdâtres mêlées de stries de sang.

Café, vin de Porto, glace, lait froid, frictions stimulantes et enveloppement des membres dans la laine. Injections morphinées.

Le soir, 38°,5 ; le pouls plus plein, bat 100 fois par minute. La cyanose a disparu, les vomissements sont moins fréquents, mais la soif, la dysphagie et l'épigastralgie toujours très grandes.

Le lendemain matin, 37°,2 ; 85 pulsations. Dans la journée ont lieu les deux derniers vomissements ; la soif et les douleurs stomacales restent intenses.

Le troisième jour, l'enfant se plaint encore de la gorge et de l'estomac. Le sixième jour, guérison parfaite. J. B.

Recherches expérimentales sur l'intoxication suraiguë par le sulfure de carbone, par Arrigo TAMASSIA (*Annales d'hygiène publiq.*, *mars* 1882).

Tamassia a expérimenté sur des chiens, des cobayes et des grenouilles, en leur faisant absorber, soit par les poumons, soit par l'estomac, soit par la peau, du sulfure de carbone.

Quel que soit le mode d'administration du toxique, pourvu que la dose soit mortelle, les symptômes sont les mêmes et consistent en : une première période d'excitabilité musculaire et sensitive avec dépression cardiaque et respiratoire, qui occupe la moitié ou les deux tiers de la durée

de l'empoisonnement ; et une deuxième période, caractérisée par l'anesthésie, le collapsus et la mort.

Dans l'intoxication chronique, le sulfure de carbone paraît agir directement sur les tissus, le système nerveux notamment. Dans l'intoxication aiguë, c'est le sang qui est lésé primitivement. Les globules sanguins subissent les mêmes altérations que dans l'asphyxie.

A l'autopsie, on constate en outre des infarctus et de l'emphysème pulmonaire, une réplétion du ventricule droit et une congestion des vaisseaux abdominaux.

Les doses mortelles pour le chien sont de 12 grammes en injection sous-cutanée et de 120 grammes par la voie stomacale. Mêlé à l'air, le sulfure de carbone ne devient toxique que lorsque l'atmosphère en contient de 1 à 1 1/2 0/00.

Davisson a rapporté un fait d'intoxication aiguë par le sulfure de carbone chez un homme qui en avait absorbé environ 57 grammes. Les symptômes furent de la pâleur de la face, de la lenteur du pouls, de l'abaissement de la température, des crampes musculaires et des douleurs de tête qui persistèrent en dernier lieu. L'haleine avait l'odeur spécifique.

Tamassia ne connaît que ce cas : les observations de Douglas (*R. S. M.*, XIII, 499) et de Pitois (*R. S. M.*, XVI, 500) semblent lui avoir échappé.

J. B.

On the yellow pigment found in the intestines in cases of arsenical poisoning, par J. CAMPBELL, BROWN et Edward DAVIS (*Medical Times*, 8 *mars* 1884).

On trouve assez fréquemment dans l'intestin, à la suite d'empoisonnements arsenicaux, une matière de couleur jaunâtre que l'on a attribuée jusqu'ici à une transformation de l'acide arsénieux en sulfite d'arsenic. Les auteurs de ce travail ont eu l'occasion d'examiner un certain nombre de cadavres (quatre) de sujets empoisonnés et contenant cette substance jaunâtre. Dans un de ces cadavres, tout le petit intestin et la plus grande partie des vaisseaux mésentériques contenaient un pigment jaune brillant. Ils purent en extraire une vingtaine de grains.

L'analyse chimique qu'ils en ont faite leur a démontré qu'il ne s'agissait pas de sulfite d'arsenic. Les réactions montrent que cette matière colorée ressemble à un produit de décomposition biliaire ; on ne peut prouver qu'elle dérive de la bile ; mais elle est certainement formée d'une ou plusieurs substances organiques, dont une se rapproche du pigment obtenu par l'action des agents réducteurs sur une solution alcaline de bile.

A. CARTAZ.

Recherches expérimentales sur le rôle de l'absorption cutanée dans l'intoxication et la paralysie saturnine, par MONNEREAU (*Thèse de Paris*, 1883, *n°* 370).

L'auteur a soumis des animaux (lapins) à l'action locale des sels de plomb. Frottés pendant un temps relativement long, ils n'ont présenté aucun accident d'intoxication, ni générale, ni locale : ni troubles digestifs, ni liséré saturnin, ni amoindrissement de la contractilité musculaire, ni rétraction des membres frottés, ni décoloration, ni anémie, ni lésion

d'aucune sorte. D'ailleurs, l'examen chimique n'a point décelé de plomb dans le foie, ni dans les muscles. De là, cette conclusion que : les préparations des différents sels de plomb en contact avec la surface cutanée, ne sont pas absorbées par celle-ci. Il n'y a pas d'intoxication saturnine locale et directe par absorption cutanée. Le contact prolongé de sels de plomb sur le tégument externe ne peut donner lieu qu'à des troubles de la sensibilité et produire de l'anesthésie. DASTRE.

THÉRAPEUTIQUE.

I. — Traité théorique et pratique du massage (Méthode de Metzger en particulier), par NORSTRÖM (*In-8°, Paris*, 1883).

II. — Traité pratique de massage et de gymnastique médicale, par J. SCHREIBER (*in-12, Paris*, 1884).

III. — On massage ; its effects and indications, par A. A. HEILBRUNN (*Med. News*, 27 *octobre* 1883).

Metzger d'Amsterdam est aujourd'hui le maître et l'initiateur de la plupart des médecins dans la méthode du massage; mais à part une dissertation de quelques pages en langue hollandaise et une courte observation dans les Archives de Langenbeck, il n'a jusqu'ici rien publié. L'ouvrage de Norström reproduit fidèlement les doctrines du chef de l'école, et à ce titre mérite une attention particulière.

La méthode comprend 4 procédés :

1° *L'effleurage* qui consiste à passer doucement la paume de la main sur la peau, en allant toujours de la périphérie vers les parties centrales. Il est considéré comme propre à diminuer la douleur et la température et à augmenter la puissance de résorption.

2° *La friction*. Une des mains repose par sa face palmaire sur le membre et frotte de bas en haut comme pour l'effleurement. En même temps, la seconde main reposant sur la jointure même fait d'autres frictions circulaires énergiques. Il y a en réalité deux mouvements, le premier vertical et centripète, le second rotatoire.

3° *Le pétrissage* s'applique surtout aux masses musculaires. On saisit entre le pouce et l'index le corps charnu ou l'extrémité tendineuse d'un muscle, puis on l'attire et on l'isole autant que possible des parties voisines. En même temps, on le froisse, on le comprime entre les doigts. Ce mouvement est suivi d'un tapotement transversal exécuté soit avec la face palmaire de l'index, soit avec le bord cubital de la main. Dans les deux cas, on doit exécuter une pression assez énergique en même temps qu'on produit le mouvement de latéralité. Cette forme est utile pour faire disparaître les tuméfactions inflammatoires qui intéressent soit un muscle isolé, soit un groupe musculaire. Elle augmente la vitalité des muscles parétiques ou en voie d'atrophie. On peut s'en convaincre en vérifiant l'état de la contractilité par un courant d'induction.

4° *Le tapotement* se fait à main ouverte et à poings fermés, parfois les mains sont excavées en bateau comme quand on veut produire une explosion factice par leur choc. Si l'on veut réagir sur des parties profondes, il faut faire avec les deux mains le tapotement à poing fermé.

Quant à l'action physiologique du massage, Mosengeil l'a mise en lumière au moyen d'expériences nombreuses. En injectant de l'encre de Chine dans les tissus, les cavités de différents animaux, il a pu s'assurer que le massage poussait dans les voies centripètes et activait la résorption dans une proportion considérable.

L'auteur envisage ensuite dans une série de chapitres que je dois me borner à signaler l'action du massage dans les affections les plus sérieuses:

Arthrites aiguës, épanchements sanguins intra-articulaires. La formule est dans ce cas 2 séances par jour, de 10 minutes chacune. Mobilisation rapide, on doit faire lever les malades et leur ordonner de marcher le plus tôt possible. Chemin faisant, Norström s'élève contre l'arthrotomie dans les cas d'hémarthrose. « Jamais, au grand jamais, il ne faut ouvrir une articulation dans laquelle il y du sang, appliquez judicieusement le massage, vous obtiendrez une résorption aussi rapide que possible du sang contenu dans la synoviale, sans qu'il soit nécessaire de l'ouvrir. »

Arthrites chroniques. Sur ce point, les indications de la méthode sont soumises à de grandes réserves. Posons-nous avant tout ces deux questions, écrit l'auteur, y a t-il du pus? y a t-il des granulations tuberculeuses? Si les probabilités sont pour la négative, nous pourrions intervenir hardiment et presque toujours avec succès; succès aussi dans les suites souvent si tenaces des luxations, dans les hygromas et les affections des bourses séreuses sous-musculaires, dans les fausses ankyloses et les roideurs articulaires. Il est vrai que les affections goutteuses, rhumatismales, l'arthrite sèche n'ont que peu de chose à gagner à ces manœuvres.

Fractures. « Le massage est utile à deux époques dans le traitement des solutions de continuité du système osseux: 1° Au début parce qu'il favorise la résorption de l'épanchement sanguin ou séreux, parce qu'il diminue la tuméfaction et la sensibilité locale; 2° après l'enlèvement de l'appareil. C'est avec lui seulement qu'on peut avoir raison d'impuissances fonctionnelles résultant de l'atrophie de certains muscles, d'induration ou de rétractions voisines du cal. » Rien de plus nouveau pour un lecteur français que les observations de fractures de la rotule traitées sans immobilisation par le massage et les mouvements. Metzger a institué là une pratique d'une hardiesse inouïe, l'ennemi que le chirurgien doit combattre, suivant lui, c'est l'immobilité ultérieure; peu importe la soudure. Elle se fera comme elle pourra, par la *vis naturæ medicatrix.* La pratique semble avoir donné raison à cette singulière théorie; Metzger compte de magnifiques succès, et, suivant son exemple, Rossander, Bolin, Walmark ont fait marcher leurs malades dès les premiers jours et, par la seule application du massage, ont réussi à les guérir de toute infirmité en un temps fort court.

Affections du système musculaire, synovites des gaines des tendons, névroses. Je n'insisterai que sur les indications fournies par cette dernière affection. L'auteur s'appuie tout particulièrement sur les observations de

Weir Mitchell et de Playfair et cite de nombreux cas dans lesquels des femmes hystériques depuis des années, impotentes et réduites à garder le lit avec des paralysies et des contractures diverses, purent être complètement guéries à la suite de séances de massage complet répétées deux fois par jour.

Les derniers chapitres concernent les affections du *système nerveux central* et *périphérique* des *organes des sens*, des *appareils circulatoires sanguin* et *lymphatique, respiratoire* et *digestif*. Beaucoup d'observations sont à lire *in extenso* dans ces pages curieuses, où notre attention a été surtout appelée par les succès obtenus dans le cours de l'occlusion intestinale.

Cet ouvrage, très scientifiquement rédigé, intéresse par la nouveauté des doctrines et l'abondance des documents et captivera même les lecteurs qui refuseraient de se laisser convaincre.

II. — Sous une forme très concise, l'auteur a tracé dans ce petit manuel, les règles de thérapeutique par le massage. C'est un guide très pratique dans le traitement mécanique des différentes maladies. On trouvera avec l'exposé des méthodes, des observations personnelles à l'auteur, très détaillées, qui permettent à chacun d'appliquer cette médication sans grandes difficultés.

III. — Résumé de quelques observations d'Eulenburg et note sur les principales indications du massage. L. JULLIEN.

I. — **Sull'azione fisiologica e terapeutica della cairina, par de RENZI** (*Rivista clin. e terap., juin* 1883).

II. — **De la kairine, par ZASETZKY** (*Vratch,* n° 27, 1883).

III. — **De l'action antipyrétique de la kairine, par KNABE** (*Mediz. Westnix,* n° 22, 1883).

IV. — **La kairine comme antipyrétique, par JUK** (*Ibid.,* n° 28, 1883).

V. — *Idem*, **par OSTAPENSKO** (*Ibid.* n° 28, 1883).

VI. — *Idem*, **par COOK** (*Med. News, mars* 1884).

VII. — **Kairin as an antipyretic in typhoid fever, par G.-B. SHATTUCK** (*Boston med. journ.,* 1er *novembre* 1883).

VIII. — **Two cases of typhoid in which Kairin was given, par F.-W. DRAPER** (*Ibid., novembre* 1883).

IX. — **Die antifebrile Wirkung des Kairin, par COHN et ZADEK** (*Deutsche med. Woch.,* n° 33, 1883).

I. — A la suite de l'administration de la kairine chez l'homme, le nombre des battements du pouls diminue toujours; le sphygmographe permet de constater, en outre, une augmentation de la force des contractions du cœur, dénotée par la hauteur de la ligne ascendante, la plus grande régularité de la courbe et le crochet qui, quelquefois, se montre au sommet. Le chiffre des respirations diminue d'ordinaire. La température s'abaisse et peut descendre jusqu'au degré du collapsus, si l'on insiste sur l'administration du remède.

La quantité de l'urine et sa densité ne changent pas ; l'urée et les sels ne subissent pas de modifications. Mais la réaction présente une forte

acidité qui peut persister jusqu'à 3 jours; la coloration devient verdâtre. L'apparition des sueurs est presque constante. La sécrétion lacrymale s'exagère souvent et peut s'accompagner d'une légère hyperémie des paupières. Quelquefois le nez laisse s'écouler un liquide blanchâtre avec prurit et rougeur de l'organe.

La force musculaire est augmentée dans tous les cas; dans deux observations sur onze, on a noté des secousses intenses et à peu près générales.

L'élimination se fait rapidement par les reins; elle est en général complète au bout de 24 heures.

Dans les maladies, la kairine a une action antifébrile très marquée et constante. Elle est en même temps antiseptique. Elle ne détermine pas les bourdonnements d'oreille, la surdité, et les autres inconvénients qu'amènent souvent les fortes doses de quinine. BAZILE FÉRIS.

II. — Zasetzky regarde la kairine comme un excellent antipyrétique n'amenant aucuns symptômes désagréables, facile à administrer; avec la chute de la température, on a une réduction de la fréquence du pouls; l'excrétion du phosphore est diminuée. La chute de la température ne s'accompagne pas de sueurs, de même que l'ascension (si on cesse le médicament) n'est pas suivie de frisson.

III. — Knabe a traité deux cas de fièvre récurrente et deux cas de phtisie par la kairine, à la dose de 3 à 8 grains toutes les deux heures. L'abaissement de la température a toujours été assez rapide.

IV. — Juk a donné à des phtisiques la kairine aux mêmes doses, mais il n'a obtenu qu'un faible abaissement de la température, cinq dixièmes de degré seulement. La kairine a échoué dans un cas de fièvre intermittente.

V. — Ostapensko a fait de nombreuses expériences sur des animaux rendus fébricitants par des injections septiques.

A la dose de un gramme administré deux fois par jour, on constata, au bout de 20 à 40 minutes, une chute du thermomètre de 1°,3 à 2°,7; l'abaissement se maintenant de une heure et demie à deux heures.

A la dose d'un demi-gramme deux fois par jour, la température tomba de 0°,2 à 1°,4.

A la dose d'un demi-gramme donné toutes les demi-heures ou toutes les heures et demie, la température s'abaissa de 3 degrés, mais il y eut des accidents toxiques.

Chez les animaux rendus fébricitants par la formation (artificielle) de foyers inflammatoires, les effets ont été beaucoup moins marqués.

VI. — Cook a employé, dans un cas de fièvre tierce, la kairine avec un certain succès.

VII. — Shattuck a traité par la kairine six cas de fièvre typhoïde. Il regarde ce médicament comme un antipyrétique efficace, mais dont les effets disparaissent trop vite par suite de la rapide élimination. La kairine n'a pas une action bien uniforme et donne lieu à quelques inconvénients. Il l'administrait, en général, à la dose de un demi-gramme toutes les heures (de 4 à 6 doses de suite). Les résultats qu'il a obtenus lui font préférer la kairine (pour la fièvre typhoïde) à la quinine et à l'acide salicylique.

VIII. — Draper rapporte deux observations de fièvre typhoïde traitée

par la kairine ; il y a eu, dans un cas, une issue fatale, non attribuable au médicament. A. CARTAZ.

IX. — Les auteurs ont donné la kairine à 7 adultes et 9 enfants atteints d'affections fébriles diverses, en employant scrupuleusement la méthode de Filehne. Le médicament, bien supporté en général, rarement vomi, n'a déterminé que cinq fois le collapsus. Il n'a pas abaissé la température normale, mais, dans les cas de fièvre, il a constamment ramené la température au degré physiologique.

A cet égard, les résultats sont certains, mais il faut savoir, en outre, si la kairine a le pouvoir d'empêcher les recrudescences fébriles. Or, voici les résultats :

Dans les fièvres continues, l'abaissement de température n'a duré que quelques heures, même quand les doses étaient administrées d'une façon régulière et interrompue.

Dans les fièvres rémittentes, la kairine n'a pas empêché les exacerbations fébriles ; elle en a tout au plus retardé l'apparition ou diminué l'intensité.

Dans la fièvre intermittente, et spécialement dans la malaria, la kairine donnée à haute dose avant l'accès, n'a jamais empêché les paroxysmes.

La kairine a donc l'avantage d'abaisser rapidement la température, mais ses effets sont passagers, et elle ne peut remplacer le sulfate de quinine. L. GALLIARD.

Ueber die Therapie der rheumatischen Facialis-Lähmungen (Traitement des paralysies faciales d'origine rhumatismale), par Moritz MEYER (*Berliner klinische Wochenschrift n° 5, p. 66, 4 février* 1884).

Dans les paralysies rhumatismales du nerf facial, Meyer a presque toujours trouvé en arrière et au-dessous du rameau maxillaire inférieur, au niveau du trou stylo-mastoïdien un gonflement douloureux.

Il applique en ce point, d'abord des sangsues, puis des cataplasmes et quelques jours plus tard le pôle positif d'un courant galvanique d'intensité moyenne. Le pôle négatif étant placé sur la joue ou l'apophyse mastoïde, on électrise pendant 5 minutes.

Quand il s'agit de paralysies invétérées on applique au même niveau le pôle négatif d'un fort courant faradique.

Meyer cite un cas de paralysie remontant à 27 ans, dans lequel il a obtenu une amélioration considérable, au moyen de cette médication. J. B.

Du traitement de la névralgie sciatique, par P. GLATZ (*Revue médicale de la Suisse romande, juillet et août* 1882).

Dans des cas de sciatique rebelles à l'électricité et à l'hydrothérapie employées isolément, Glatz a obtenu d'excellents résultats en combinant l'emploi de ces deux médications de la façon suivante :

Électrisation au moyen d'une pile, avec des courants descendants très denses et de faible tension.

Immédiatement après la séance d'électrisation, application pendant 5 minutes au moins d'une douche écossaise, aussi chaude que le malade peut la supporter (55 à 60° centigrades). J. B.

Action de la napelline dans un cas de névralgie faciale..., par GROGNOT (*Tribune médicale*, 14 *octobre* 1883).

V. T..., âgée de 22 ans, bien constituée, souffre depuis trois ans, de névralgies violentes, apparaissant tous les mois environ, sans rapport avec la menstruation qui est normale. Différents traitements sont employés sans succès. Le 20 janvier 1882 violent accès, occupant toute la tête, plus fort à droite et présentant les points ordinaires d'exacerbation de la névralgie faciale. On administre 0gr,025 de napelline dans la journée : la douleur est calmée : on continue pendant deux jours à la dose de 0gr,01. La guérison se maintient pendant 2 mois. Les douleurs ayant reparu, le même traitement est institué et les fait disparaître en 24 heures. OZENNE.

Nitrite of sodium in the treatement of angina pectoris, par Mathew HAY (*The Practitioner, vol.* XXX, *n°* 3, *p.* 179).

L'auteur qui a ingéré lui-même des doses de 0,3, 0,6, 1,2 grammes de nitrite de soude éprouve des symptômes semblables à ceux de l'ingestion du nitrite d'amyle ou de la nitro-glycérine : Accélération faible du pouls, sensation de plénitude et de battements dans la tête, quelquefois rougeur de la face. Ces symptômes que produisent ces trois médicaments sont probablement dus à l'acide nitrique seul qui entre dans leur composition. Il s'agirait donc d'employer cet acide lié à la base la plus indifférente. C'est pourquoi l'auteur emploie le nitrite de soude dans le traitement de l'angine de poitrine (le nitrite d'amyle et la nitro glycérine ont donné de beaux succès à Lauder Brunton, Murrel, etc.) ; il nous livre l'observation d'un malade traité par ce médicament. Il s'agissait d'un cas compliqué par une lésion des valvules aortiques et affectant une grande régularité et une grande force dans les accès. Le malade qui était assez intelligent venait à l'aide de l'expérimentation et voilà pourquoi les résultats doivent être regardés comme assez probants. La dose de 0,24, 30 centigrammes de ce sel, qui physiologiquement est encore sans effet appréciable, a toujours empêché tout accès, quand elle a été prise à temps. Comme le médicament n'était pas bien pur et contenait presque 67 0/0 de salpêtre, on peut avec l'auteur dire que 0,08 à 0,1 sont suffisants pour empêcher tout accès. MARCUS.

Sulle inalazioni di nitrito ni amile, par de RENZI (*Rivista clin. e terap.*, *janvier* 1883).

Les recherches de Renzi sur le nitrite d'amyle en inhalation ont donné les résultats suivants :

La température du creux axillaire est à peu près stationnaire, mais celle prise soit derrière l'oreille, soit dans le conduit auditif, donna toujours une élévation plus grande que celle de l'aisselle, car elle monta jusqu'à 9 dixièmes de degré.

Le pouls augmente très rapidement de fréquence ; dès la 2e minute il s'élève de moitié ; mais en même temps il est très petit, si bien que quelquefois il est incomptable ; il est souvent irrégulier.

La face prend une teinte rouge plus ou moins foncée. En même temps le malade se plaint de vertiges, de bourdonnements d'oreille, de troubles de la vision.

La dose employée a été de 1 à 20 gouttes en inhalation. Mais il faut savoir qu'il se présente parfois chez certaines personnes des cas d'intolérance avec les quantités les plus faibles de substance ; alors on constate des désordres de la vue et de l'ouïe, de la céphalalgie, des sueurs générales, de la faiblesse, un sentiment d'une fin prochaine.

L'auteur n'a pas eu à se louer de l'emploi thérapeutique de ce médicament dans les palpitations de cœur, les accès d'asthme, d'hystérie, les dyspnées, la céphalalgie, les tremblements ; il n'a pas même réussi dans l'angine de poitrine. Il semble en conclure que son emploi sera toujours assez limité. B. FÉRIS.

Contribution à l'étude de la paraldéhyde, par G. RIGGI (*Gazz. med. Ital. Lombardia, décembre* 1883; *janvier* 1884).

L'auteur publie 28 observations de diverses formes d'aliénations dans lesquelles il a employé la paraldéhyde avec un plein succès, comme hypnotique et anesthésique. Une seule fois l'agent n'a pas procuré de sommeil, simplement parce que la dose était insuffisante. Même après un usage prolongé pendant plus de deux mois, on n'a constaté ni mal de tête, ni troubles gastriques. La paraldéhyde a réussi dans certains cas de délire maniaque où le chloral et l'hyoscyamine n'avaient rien donné.

Après l'administration de la paraldéhyde, la température s'abaisse de quelques dixièmes ; le pouls est ralenti. Riggi recommande ce médicament dans les états d'excitation maniaque à la dose de 3 à 5 grammes au maximum. A. CARTAZ.

On the treatment of Whooping-Cough by Croton-Chloral, par W.-C. WEBB (*American Practitioner, août* 1883).

L'auteur a traité par ce médicament 200 cas de coqueluche, et il lui reconnaît une supériorité marquée sur tout autre traitement. Mais il faut l'administrer à doses assez élevées ; les enfants le supportent en général très bien. A un enfant de 12 mois, Webb administre un grain de croton-chloral toutes les quatre heures ; à un enfant de 10 ans, deux grains ; à un adulte, quatre grains. La toux est modifiée d'ordinaire au bout de huit jours à un degré tel qu'il est à peine besoin de donner quelques doses de médicament la nuit.

Webb donne le croton-chloral dans une potion à la glycérine à laquelle il ajoute tantôt la teinture de belladone, tantôt la teinture de cardamum. Il ne trouve aucun avantage à donner les bromures. A. C.

Sur l'emploi en thérapeutique du lythrum salicaria, par CAMPARDON (*Bull. gén. de thér.*, 30 *octobre* 1883).

La salicaire est un remède vulgaire contre la diarrhée. Elle contient du tannin et du mucilage. L'auteur a réussi surtout dans les affections de la muqueuse digestive : dysenterie, diarrhées, cholérine, entérite des enfants, en un mot tous les flux intestinaux.

Le médicament est utile encore dans les gingivites légères, les aphthes de la bouche, les vaginites, les affections humides de la peau, etc.

On doit prescrire l'infusion de préférence à la décoction, qui ne donne pas de bons résultats ; la poudre se donne à la dose de 3 à 5 grammes; l'extrait aqueux, à celle de 2 à 4 grammes ; la teinture alcoolique, 4 ou 5 grammes. En somme nous possédons là un bon astringent indigène.

B. FÉRIS.

Du traitement de l'alcoolisme par la strychnine, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Bull. gén. de thérap.*, 15 *janvier* 1884). — *Idem*, **par JAILLET** (*Thèse de Paris*, 1883).

Luton a considéré la strychnine comme le médicament de l'alcoolisme, et il l'a appliqué au traitement de toutes les périodes de l'intoxication. Il n'hésite pas à donner des doses considérables, et c'est ainsi qu'il fait, dans les cas de délirium tremens, deux à trois injections par jour de 5 milligrammes de sulfate, ou qu'il en donne à l'intérieur 3 centigrammes à doses fractionnées.

Dujardin-Beaumetz fait remarquer à ce sujet la résistance très considérable des alcooliques à l'action toxique des médicaments, ainsi qu'à l'opium, à la digitale, dans le délirium tremens. Chez l'alcoolique, les cellules nerveuses imprégnées d'alcool s'opposent aux effets des substances administrées.

Il est donc probable que c'est dans la cellule nerveuse elle-même que se produit l'antagonisme de l'alcool et de la strychnine. Mais les manifestations nerveuses ne sont qu'un des phénomènes de l'empoisonnement par l'alcool, et la strychnine ne pourra s'opposer aux altérations du foie, de l'intestin, du sang, des artères, ni même des méninges.

Ainsi la strychnine doit être considérée non comme le médicament de l'alcoolisme, mais comme celui qui combat le mieux les phénomènes nerveux de cet alcoolisme. Si l'on adoptait les idées de Luton, qui veut que le gouvernement favorise l'introduction de la strychnine dans les boissons, on augmenterait la fréquence des lésions viscérales, puisque l'on permettrait à l'homme de boire sans ivresse apparente des quantités considérables d'alcool. La strychnine doit donc rester dans la thérapeutique comme un moyen puissant de combattre le délirium tremens, mais nullement l'alcoolisme, tel qu'on le comprend aujourd'hui. B. FÉRIS.

Quelques remarques sur le dosage de la santonine, par W. BENZINGRE (*Méd. Wiestnik*, *n°* 10 *et* 11, 1884).

La quantité maximum de santonine qu'on peut donner en 24 heures est, d'après la pharmacopée russe, de *six grains* (0,35) pour un adulte. Cette dose serait, d'après Benzingre, insuffisante, et il prescrit aux enfants autant de grains (0,05-0,06) de santonine par jour que le petit malade a d'années en faisant prendre le remède pendant quatre jours de suite. Benzingre prévient toujours les parents que, sous l'influence de ce traitement, les enfants pourront présenter les symptômes suivants : 1° vertige léger, peut-être même une syncope (cependant l'auteur n'a jamais observé de syncope quoiqu'il emploie *depuis 40 ans* la santonine à haute dose) ; 2° chromatopsie ; 3° coloration, d'un orange intense, de l'urine. Les doses de santonine de 12 à 15 grains dans les 24 heures (0,7 à 0,8) ne produisent jamais d'effet dangereux. W. HOLSTEIN.

Zur Behandlung der Stramoniumvergiftung, par J.-H. FIERZ (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte, n° 20, p. 607, 15 octobre* 1881).

Fierz appelle l'attention sur une médication sudorifique qu'il emploie avec un plein succès depuis 30 ans dans tous les cas d'empoisonnement par la belladone.

La première fois qu'il y eut recours, ce fut chez 2 enfants qui, après avoir mangé des fruits de belladone, avaient des convulsions et une dysphagie absolue.

Comme pis aller, Fierz les soumit à un emmaillottement humide. Au bout d'un quart d'heure les convulsions avaient cessé et la cyanose de la face était déjà moins intense. Après une demi-heure le visage commença à se réchauffer, et 2 heures plus tard survinrent des sueurs profuses.

Après 3 maillots semblables, chacun de 3 heures de durée, les enfants rendaient par le haut et le bas les fruits toxiques et ne présentaient plus que de la lassitude. J. B.

I. — Ueber die wehenerregende Wirkung des Chinin bei Schwangeren (Effets ecboliques de la quinine), par HAUSSMANN (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 37, p. 562, 11 septembre* 1882).

II. — Studien und Notizen über die Verwendung der Wurzelrinde des Baumwollenstrauches als Ersatzmittel für Secale Cornutum (L'écorce de racine du cotonnier comme succédané du seigle ergoté), par PROCHOWNICK (*Idem, n° 5, p. 79, 4 février* 1884).

I. — D'un fait observé par lui, Haussmann conclut avec Cochran et Hehle que chez les femmes frêles, débilitées, nerveuses, disposées à l'avortement la quinine peut agir comme ecbolique. Les auteurs qui lui dénient cette action ont vraisemblablement eu affaire à des femmes robustes (*R. S. M.*, IV, 540 ; VI, 51 ; VII, 616 ; VIII, 248 ; IX, 99 ; XI, 91 et 184 ; XX, 638).

II. — Prochownick a essayé l'écorce de racine de cotonnier à titre de succédané du seigle ergoté en obstétrique et en gynécologie. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

Pour la dernière phase du travail d'enfantement, ce nouveau médicament ne peut remplacer le seigle, car il en faudrait des doses trop considérables pour qu'il agisse rapidement.

En revanche, on en obtient de bons résultats toutes les fois qu'on n'a pas besoin d'une action aussi prompte : ainsi dans l'inertie utérine primitive, dans le retrait défectueux de l'utérus après l'accouchement, dans les hémorragies secondaires à la suite d'avortement et dans les hémorragies tardives des couches. Mais c'est surtout contre les pertes dues aux corps fibreux qu'il est efficace. On le prescrit alors en infusion dans la période intercalaire.

Quand il s'agissait de suppression des règles par le froid ou par une émotion, Prochownick a compté tantôt des succès, tantôt des insuccès. Dans la dysménorrhée, les résultats ont été excellents ; de même encore dans 2 hématuries rénales chroniques. Le professeur Munde en a obtenu également de bons effets.

L'écorce de racine de cotonnier ne détermine aucun phénomène physiologique désagréable, à peine de légers fourmillements quand les doses sont très considérables.

Voici le mode d'administration : Infusion fraîche : 4 à 6 grammes pour une tasse d'eau. Chez les femmes en travail on répète cette dose 2 ou 3 fois, d'heure en heure, ou bien on prescrit 1 à 2 cuillerées à thé de l'extrait fluide, de demi-heure en demi-heure, en répétant 3 ou 4 fois cette dose.

Chez les femmes en couches, et dans toutes les circonstances autres que l'accouchement, on fait prendre 10 grammes d'infusion par jour d'un seul coup ou en deux fois, ou bien 2 cuillerées à thé d'extrait, de 2 à 4 fois par jour.

Les pilules n'ont qu'une action douteuse et Prochownick n'a pas essayé les injections. J. B.

Heilung eines Falles von allgemeiner Sarcomatose der Haut durch subcutane Arseninjectionen, par Heinrich KŒBNER (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 2, p. 21, 8 janvier 1883*).

Fillette de 8 ans 1/2, présentant, tant sur la face que sur les membres, 318 tumeurs, ayant des dimensions comprises d'abord entre une lentille et un pois, mais grossissant rapidement. Elles étaient excessivement dures et l'induration des téguments s'étendait bien au delà de leurs limites apparentes; nullement douloureuses à la pression, leur couleur rouge bleuâtre pâlissait un peu quand on les comprimait entre les doigts. Quelques-unes de ces tumeurs offraient de petites croûtes ou une ombilication peu marquée.

Tuméfaction des ganglions, du foie et de la rate.

L'excision d'une de ces tumeurs confirma le diagnostic du sarcome à cellules fusiformes.

Sous l'influence d'injections sous-cutanées de liqueur de Fowler, on vit toutes ces nodosités diminuer de volume, par affaissement de leur centre ; en même temps le gonflement ganglionnaire disparaissait.

Lorsque la quantité de liqueur injectée se fut élevée à 20gr,75 ce qui correspond à une quantité de 0,23 d'acide arsénieux, il ne resta plus de toutes ces tumeurs que, par places, une fausse apparence de lichen pilaris. J. B.

Prophylaktisches Mittel gegen die Intoxicationserscheinungen seitens der Salicylsäure und des Chinins (Moyen prophylactique contre l'intoxication par l'acide salicylique et la quinine), par SCHILLING (*Münchener Aerztl. Intelligenz-Blatt*, 3, 1883).

On sait que les dangers de ces médicaments à haute dose sont la congestion et l'hémorragie labyrinthiques. L'auteur propose comme antidote l'ergotine et dit avoir obtenu souvent d'excellents résultats d'une infusion de seigle ergoté et d'acide salicylique, ou quinine et seigle 2/3. Rappelons que depuis longtemps l'acide bromhydrique est employé dans ce cas par les médecins anglais comme anémiant du labyrinthe (voy. notamment Woakes, *Deafness, Giddiness and noises in the head*, Londres, 1880). R. CALMETTES.

Galium aparine as a remedy for chronic ulcers, par QUINLAN (*Brit. med. journ., p.* 1173, *juin* 1883).

L'auteur recommande, comme topique utile dans les vieux ulcères, l'emploi d'un cataplasme fait avec les feuilles, la tige et les fruits du gratteron commun (galium aparine). Cette plante renferme des principes astringents et acides qui excitent la vitalité des plaies et les font bourgeonner. Quinlan donne deux observations de guérison obtenue par ce moyen. H.R.

I. — Ueber die therapeutische Anwendung der Schmierseife (Applications thérapeutiques du savon de potasse), par H. SENATOR (*Berl. klin. Woch.*, 18 *septembre et* 20 *novembre* 1882).

II. — Eine newe Methode, Caries zu behandeln, par Oscar KOLLMANN (*Idem*, 9 *mai* 1881).

I. — Depuis que Kappesser (*Berliner klin. Woch.* 1878, nº 16) a recommandé les frictions au savon mou contre les adénites scrofuleuses, les bons effets de cette médication ont été attestés par Hausmann, Klingelhœffer, etc.

Après s'en être convaincu lui-même, Senator a eu l'idée d'en étendre l'emploi aux adénites syphilitiques et aux exsudats des cavités séreuses (plèvre, péricarde, péritoine) et synoviales.

Il conclut de ses expériences que le savon noir jouit des mêmes propriétés fondantes que les préparations hydrargyriques ou iodées sans en offrir les inconvénients, car il ne survient pas de phénomènes d'intoxication et l'urine reste acide.

Le mode d'application diffère de celui de Kappesser.

Senator emploie le savon sans le diluer et fait de 1 à 3 frictions quotidiennes au niveau des régions malades, en ayant soin de changer de place quand la peau s'enflamme.

Dans la discussion, B. Fraenkel déclare que dans son pays natal le savon mou est un remède populaire contre les engorgements ganglionnaires du cou.

II. — Kollmann, qui est médecin d'une prison de femmes, a eu recours au savon potassique chez quatre détenues atteintes de carie du sternum, du métatarse ou des côtes; chez les deux premières, l'affection s'était montrée rebelle à tout traitement et l'état de l'une des malades paraissait désespéré, car la femme ne pouvait même plus se mouvoir dans son lit ni manger seule.

Sous l'influence des frictions savonneuses, la guérison des quatre prisonnières a été parfaite.

Le traitement doit être continué au moins 6 mois.

Quant à la manière d'employer le savon, Kollmann a suivi exactement les préceptes de Kappesser.

Deux fois par semaine, frictions durant un quart d'heure ou une demi-heure, pratiquées le long du dos avec 15 grammes de savon noir mêlé d'un peu d'eau chaude. On se sert d'une éponge et on procède de haut en bas en descendant de la nuque jusqu'aux jarrets. Après la friction, on lave pour enlever le savon restant.

L'huile de foie de morue était en même temps administrée à l'intérieur mais à elle seule elle avait été inefficace. J. B.

Des inhalations d'oxygène dans les brûlures étendues, par GALAN (*Rev. med. quirurg. de Mexico*, 30 *septembre* 1883).

L'auteur a employé avec succès ce traitement chez une femme atteinte de brûlures profondes sur tout le côté gauche du thorax, l'épaule et le bras. Les symptômes généraux étaient très graves. Température à 104° Fahr. délire, diarrhée incoercible. Dès le premier jour après l'usage des inhalations, la température tomba, la diarrhée cessa et le mieux se soutint jusqu'à guérison.

A l'hôpital militaire, Montes de Oca a employé avec succès, pour les brûlures, les bains d'eau oxygénée. A. CARTAZ.

De l'iodoforme comme anthelmintique, par NIKOLSKY (*Russkaia Meditzina*, *n°* 1, 1883).

L'auteur a traité vingt-trois malades, d'âge varié de 2 à 70 ans, par l'iodoforme donné en poudre d'un tiers de grain à trois grains, quatre à à six fois par jour, associé au bicarbonate de soude ou à la rhubarbe. Quatre malades avaient le tænia, dix-huit des ascarides, un des ascarides et le tænia. Il n'a obtenu que deux succès, chez des enfants de 6 et 10 ans, porteurs l'un de tænia, l'autre de tænia et d'ascarides. Il fallut, pour expulser les vers, chez l'un six doses, chez l'autre deux d'un demi-grain.

L'auteur, en présence de ces mauvais résultats, se refuse à considérer l'iodoforme comme un anthelmintique et déconseille son usage. Sim (*Philadelphia med. Reporter*, juin 1881) avait obtenu un succès avec des doses d'un grain. De même, Szydlowski et Makaroff (*Vratch*, n° 41, 1882 et n° 4, 1883). A. CARTAZ.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

I. — Ein Fall von Encephalitis interstitialis mit consecutiver Keratitis duplex ulcerosa, par JACUSIEL et Discussion (*Berl. klin. Woch.*, 12 *et* 19 *février* 1883).

II. — Encephalitis congenita, par R. VIRCHOW, et discussion (*Ibid.*, 12 *novembre* 1883).

III. — Contribution à l'étude des tremblements præ et posthémiplégiques et des hémiplégies bilatérales par lésions cérébrales symétriques, par E. DEMANGE (*Rev. de médec.*, *mai* 1883).

IV. De l'état de l'excitabilité réflexe et des réflexes tendineux du côté parétique dans l'hémiplégie cérébrale, par G. Ter MEULEN (*Zeitschr. f. klin. Med.*, *B. V*, 1882).

V. — Des abcès métastatiques du cerveau, après un foyer primitif dans les poumons, par R. NAETHER (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *Bd. XXXIV*, 1883).

VI. — Apoplexie chez un enfant de 15 ans ; hémorragie intraventriculaire, convulsions ; mort en quatre heures, par Charlton BASTIAN (*Brit. med. journ., octobre* 1883).

VII. — Hydatides arachnoïdiennes âgées de 18 mois, survenues dans le cours d'une hydrocéphalie chronique, par A. KUHN (*Berl. klin. Woch.*, 8 *octobre* 1883).

VIII. — Grosses Sarkom der Dura mater des Hirns, par P. GUTTMANN (*Ibid.* 28 *août* 1882).

IX. — Du diagnostic et de la nature des tumeurs perforantes de la dure-mère, par D. DRUMMOND (*Brit. med. journ., octobre* 1883).

X. — Cas d'atrophie du cerveau consécutive à l'amputation d'un membre, par BOURDON (*Bull. Acad. de Méd.*, 2e *série, t. XII,* n° 20).

XI. — Etat de la moelle et du cerveau dans un cas d'absence congénitale de l'avant-bras, par L. EDINGER (*Arch. f. path. Anat und Phys., Bd. LXXXIX,* 1882).

XII. — On paraplegic rigidity in hemiplegia, par W.-B. HADDEN (*Saint-Thomas hosp. Rep. XII, p.* 61).

XIII. — Dégénérations secondaires du pédoncule cérébral, par Ch. FÉRÉ (*Compt. rend. Soc. biol.*, n° 43, 1er *janvier* 1883).

XIV. — Note sur un cas d'oblitération de l'artère basilaire et sur quelques points de la physiologie pathologique du ramollissement cérébral, par MAYET (*Lyon médical*, 6 *janvier* 1884).

XV. — Ueber cerebrale Kinderlähmung (Porenciephalie acquise de la première enfance), par HEUBNER (*Berl. klin. Woch.*, 27 *novembre* 1882).

I. — Voici le résumé de l'observation de *Jacusiel* qui a donné lieu à une importante discussion de la Société médicale de Berlin, en même temps qu'elle a fourni à Virchow l'occasion d'exprimer sa foi persistante dans l'existence de l'encéphalite congénitale, en tant du moins que lésion anatomo-pathologique.

Enfant du sexe masculin, né à huit mois, le 23 mai, et allaité par sa mère. De constitution robuste et doué d'embonpoint, il tombe malade le 20 septembre, sans élévation de la température ni du pouls et sans avoir eu de diarrhée. Son visage est affaissé, jaune terreux, sa physionomie apathique. Le 27, larmoiement et injection de quelques petits vaisseaux de la conjonctive palpébrale. Le 1er octobre, kératite droite du segment situé au-dessous de la pupille; le lendemain, altération semblable à gauche, bientôt suivie d'ulcération des deux cornées. Mort le 3 par pneumonie double des sommets.

A l'autopsie, substance blanche du cerveau d'une teinte rouge-gris, plus foncée que celle de la substance corticale; au microscope, dilatation des vaisseaux correspondants, multiplication et hypertrophie des cellules de la névroglie.

Pour *Jacusiel*, il s'agit là d'une affection aiguë, parfaitement reconnaissable aux caractères suivants :

1° Phénomènes cérébraux : pâleur et affaissement des traits du visage, apathie du patient ;

2° Affection oculaire bilatérale : xérose des conjonctives et mortification des cornées ;

3° Terminaison fatale ;

4° Evolution apyrétique à moins de complications.

Hirschberg, sur 22,500 affections oculaires, a traité 32 cas de kératomalacie infantile. Elle se montre par séries, au fort de l'été, à l'époque où les affections du tube digestif font de grands ravages dans le premier âge : chez la majorité des malades, elle est, en effet, précédée d'un catarrhe gastro-intestinal ou de diarrhée. Il s'agit généralement d'enfants âgés de deux à sept mois, allaités artificiellement; parfois nés avant terme ou jumeaux, d'autres fois présentant des éruptions ou bien suspects ou même convaincus de syphilis congénitale. Presque toujours, ces petits malades sont profondément émaciés et affaiblis, ont l'aspect sénile, la voix enrouée ou aphone. Ils n'ont plus la force de fermer complètement les paupières; aussi les portions de conjonctive bulbaire et de cornée qui restent à découvert se dessèchent-elles. Puis la cornée se mortifie. Horner y a signalé le dépôt de bactéries.

Ce processus évolue en peu de jours, sans grande réaction inflammatoire. La mort est la règle; toutefois à partir d'un an, la guérison devient possible.

Jastrowitz n'a pas modifié son opinion exprimée il y a quatorze ans. Pour lui, l'état du cerveau décrit n'a aucune signification morbide ni aucun rapport avec la kératomalacie coexistante. Il a observé cette prétendue encéphalite à l'autopsie d'enfants ayant succombé en parfaite santé, à des violences. Il a également constaté le même état chez de jeunes chiens et chats. Aussi est-il convaincu que ce n'est qu'un processus physiologique, inhérent au développement du cerveau chez l'enfant. Le nouveau-né n'a pas, comme on l'admettait, une myéline complètement développée; l'hyperémie et la prolifération signalées par Virchow ne sont que des phénomènes d'accroissement.

Cette pseudo-encéphalite se développe suivant certaines directions; c'est au niveau du trigone qu'elle est à la fois la plus intense et la plus durable.

Jastrowitz ne tient pour morbides que les encéphalites siégeant en des régions insolites, telles que la substance corticale et celles apparaissant une fois le développement du cerveau achevé, c'est-à-dire après l'âge de 2 ans, enfin celles disposées en foyers.

Henoch repousse également l'entité morbide imaginée par Jacusiel; car, chez tous les enfants épuisés et ne pouvant plus ni clore, ni cligner les yeux, il peut survenir des opacités et des perforations de la cornée, dans la moitié inférieure qui n'est plus protégée. D'autre part, M. Parrot a montré que dans l'athrepsie, où l'on trouve précisément les lésions encéphaliques en question, les altérations des cornées manquent.

Enfin, dans les cas assez nombreux de ramollissement de la cornée qu'Henoch a pu observer, jamais il n'a noté de phénomènes pouvant être rattachés à une encéphalite.

Mendel soutient contre Jastrowitz que le cas de Jacusiel représente bien une lésion pathologique du cerveau : l'hyperémie s'étendant jusqu'aux capillaires les plus fins, la multiplication énorme des noyaux rappelant la paralysie générale à marche galopante.

Quant à la relation entre l'encéphalite interstitielle diffuse de l'enfance et le ramollissement des cornées, il est bien possible que celle-ci ne soit

pas sous la dépendance de l'autre, mais que toutes deux ne soient que des manifestations d'une même cause générale.

Friedlaender, au contraire, se rallie complètement à la manière de voir de Jastrowitz ; car, chez les enfants, on observe dans les conditions les plus normales une hyperémie et une multiplication des noyaux tout à fait analogues.

B. Baginsky ajoute que parmi les nombreux chiens chez lesquels il provoqua une encéphalite, les seuls qui présentèrent des altérations de la cornée, avaient en même temps, des troubles digestifs qui retentissaient sur leur état général et les mettaient hors d'état de protéger leurs yeux contre les saletés et les poussières.

Hirschberg rappelle à ce propos que déjà Magendie, en alimentant des chiens exclusivement avec du sucre et de l'eau, avait vu survenir chez ces animaux des perforations de la cornée, peu avant leur mort due à l'inanition.

II. — Virchow laisse de côté la question de la kératomalacie pour s'en tenir à l'affection du cerveau qu'il a décrite en 1865, après l'avoir observée à l'autopsie de nouveau-nés. Cette lésion qu'il a rattachée à l'inflammation, en l'appelant encéphalite congénitale, est essentiellement caractérisée par la présence de cellules et de corps granuleux dans la substance blanche des hémisphères.

Le fait lui-même a été constaté par tous les observateurs ultérieurs ; ils l'ont même rencontré si fréquemment, qu'ils se sont demandé s'il ne s'agissait pas d'un phénomène normal. M. Hayem a été le premier en date des contradicteurs de Virchow à cet égard. Mais Virchow est toujours persuadé qu'il s'agit d'une métamorphose graisseuse, avant-coureur de la fonte des éléments nerveux.

A côté de la forme diffuse de la maladie reconnaissable seulement au microscope, il existe une autre forme d'encéphalite congénitale, constituant des foyers plus ou moins nombreux, visibles déjà à l'œil nu, comme des points opaques disséminés au milieu de la substance blanche. Ces foyers de ramollissement, outre l'abondance des cellules granuleuses et des corps granuleux, présentent une tuméfaction variqueuse des cylindres-axes.

Il n'y a d'ailleurs aucune différence essentielle entre les deux formes de la lésion, car ces foyers ne sont que des exagérations locales du processus diffus.

Virchow repousse l'argument qu'on a tiré de l'extrême fréquence de cette altération encéphalique par la statistique suivante recueillie dans l'espace d'un an. Il a été examiné au laboratoire de l'auteur 44 cerveaux d'enfants nouveau-nés, dont 27 morts-nés et 17 n'ayant pas vécu plus de cinq semaines. Sur les 27 enfants morts dès la naissance, 11 seulement offraient de l'encéphalite ; 3 des 9 nés avant terme n'en montraient aucune trace.

L'encéphalite, en revanche, s'est rencontrée beaucoup plus souvent chez les enfants qui avaient vécu : 14 fois sur 17. Parmi les 3 seuls chez qui elle manquait, se trouvaient 2 enfants ayant précisément succombé à l'athrepsie. Cette circonstance permit à Virchow de réfuter l'opinion de Parrot qui ne voit dans l'encéphalite qu'un processus passif sous la dépendance d'un trouble de la nutrition générale.

Sans vouloir nier que la régression graisseuse ne puisse résulter d'un mauvais état de la nutrition, Virchow remarque cependant que chez les adultes épuisés on n'a jamais signalé de lésions encéphaliques analogues. Jusqu'ici la présence de la graisse n'a été notée que dans les parois des vaisseaux, tandis que dans l'encéphalite congénitale, les cellules granuleuses se voient dans les interstices situés entre les vaisseaux et n'affectent aucune connexion avec ces derniers.

Si, suivant les doctrines aujourd'hui en honneur sur l'inflammation, on peut contester la dénomination d'encéphalite, Virchow n'en maintient pas moins qu'il s'agit d'un processus actif d'irritation qui se traduit par le grossissement des cellules de la névroglie et la segmentation progressive de leurs noyaux.

Mais Virchow renonce à aborder l'étude des conséquences de cet état et la question de savoir s'il donne lieu à des symptômes caractéristiques. (*R. S. M.*, V, 281 et VI, 190.)

III. — Les mouvements anormaux qui surviennent chez les hémiplégiques peuvent se diviser en deux groupes : les uns apparaissent en dehors des mouvements volontaires, ce sont l'hémichorée, l'hémiathétose, l'hémiparalysie agitante ; les autres se produisent seulement au moment de l'accomplissement d'un acte voulu : ce sont l'hémiataxie et l'hémitremblement à forme de sclérose en plaques. D'après M. Demange on ne pourrait assigner un siège spécial à la lésion suivant la forme du tremblement. La condition anatomique qui lui semble suffisante pour la production du tremblement est l'irritation en un point quelconque de leur trajet des fibres motrices soit dans la capsule blanche, soit dans les noyaux gris auxquels elles aboutissent, lenticulaires ou couche optique, soit dans leur expansion terminale vers les circonvolutions motrices. La forme du tremblement serait liée non au siège de la lésion cérébrale, mais à l'état des muscles du côté paralysé, muscles dont la tonicité et la contractilité varient suivant les sujets, suivant l'âge de l'hémiplégie et l'état de la dégénérescence descendante des fibres pyramidales. Ainsi l'hémichorée, l'hémiathétose et l'hémiparalysie agitante seraient d'origine cérébrale; tandis que les autres formes de tremblement seraient plutôt liées à l'état de la moelle, dépendant de la lésion cérébrale primitive.

Lorsque par le fait de lésions cérébrales symétriques ces tremblements se montrent des deux côtés du corps, ils peuvent simuler presque complètement certaines affections médullaires telles que la paralysie agitante, l'ataxie locomotrice, la sclérose en plaques, etc. L'évolution de la maladie permet seule de faire le diagnostic. C. GIRAUDEAU.

IV. — Les opinions des auteurs sur l'état des réflexes après l'attaque apoplectique sont diverses. Tandis que Marshall Hall, Hasse, Hammond, Nothnagel, etc., soutiennent que pendant un temps plus ou moins long après l'attaque l'excitabilité est augmentée, d'autres, Crichton Browne, Moëli, Jastrowitz, Rosenthal, etc., affirment qu'elle est ordinairement diminuée. En se basant sur neuf observations qui sont résumées dans son travail, Ter Meulen conclut :

1° Peu de temps après la lésion cérébrale, les réflexes plantaires et crémastériens du côté paralysé sont diminués; au bout d'un certain temps (2 mois environ) ils augmentent ; plus tard il n'existe très vraisemblablement plus aucune différence.

2° Les réflexes tendineux sont peu augmentés, peu de temps après la lésion; ils sont ensuite très exagérés (2 à 7 mois); plus tard les différences des deux côtés disparaissent peut-être.

3° Les différences d'excitabilité réflexe des deux côtés sont surtout évidentes lorsqu'il existe une seule lésion ; s'il y a eu plusieurs attaques, et si le cas est compliqué, elles manquent souvent.

Étudiant à l'aide des appareils enregistreurs les modifications du réflexe rotulien, l'auteur a observé du côté paralysé : 1° un plus grand nombre de contractions musculaires après une seule excitation ; 2° une durée plus longue de la contraction ; 3° une plus grande intensité de la contraction. M. DEBOVE.

V. — Après avoir rapporté huit cas d'abcès du cerveau survenus à la suite de la production de foyers primitifs dans le poumon, l'auteur trace l'histoire pathologique générale de ces accidents morbides.

Avant l'apparition des manifestations cérébrales, les malades ont présenté pendant plus ou moins longtemps les symptômes de lésions pulmonaires : empyème, pleurésie exsudative, gangrène pulmonaire, bronchite chronique avec bronchectasie. La complication cérébrale est précédée par la cachexie, la cyanose du visage et des muqueuses, des tendances à la syncope, une dyspnée progressive. Il survient de violentes quintes de toux, puis subitement une céphalalgie intense, des convulsions souvent épileptiformes, de la paralysie musculaire répartie d'une façon différente suivant les cas, des sensations paresthésiques. Parfois, il se produit un sommeil comateux plus ou moins profond, parfois des secousses cloniques plus ou moins intenses, plus ou moins généralisées. Ces convulsions ont été surtout observées dans le domaine du facial et du cubital.

Le plus souvent il survient de l'hémiplégie. La sensibilité est habituellement indemne. En dehors des attaques qui peuvent survenir à plusieurs reprises et du coma terminal, l'intelligence n'est guère atteinte.

Les abcès du cerveau que l'on trouve à l'autopsie sont évidemment des abcès métastatiques survenus consécutivement à des embolies d'origine pulmonaire. Dans un cas semblable, Böttcher a trouvé du pigment pulmonaire, ce qui marquait nettement le point de départ de l'embolie. Il est bien évident que certaines lésions pulmonaires sont surtout susceptibles de provoquer l'apparition de foyers de suppuration cérébrale : ce sont celles qui renferment des produits gangréneux ou infectieux. Weigert a du reste à plusieurs reprises indiqué l'existence de micrococci dans les abcès du cerveau. A. M.

VI. — Un enfant de 15 ans se plaint d'un mal de tête passager, qui cède à un purgatif. Trois semaines après, étant en parfaite santé, il fait une promenade à cheval : une douleur vive de la tête le saisit, il perd connaissance et tombe insensible, vomissant et les pupilles dilatées : bientôt surviennent des secousses convulsives et il meurt au bout de quatre heures. On trouve une hémorragie du corps strié, avec inondation ventriculaire et épanchement de sang sous l'arachnoïde, autour du bulbe et de la protubérance, sans lésions cardiovasculaires ni anévrisme d'aucune sorte. On constata chez cet enfant un ralentissement extrême du pouls, coïncidant avec un abaissement de la température (irritation bulbaire). H. R.

VII. — Homme de 34 ans, hôte habituel des maisons de correction dans esquelles il a passé la majeure partie de son existence. Jusqu'il y a 8 ans,

nombreux accès d'épilepsie qui, depuis lors, ont fait place à des périodes de stupeur complète ; dans les intervalles libres, imbécillité manifeste.

Dans les derniers temps, la démence a fait des progrès considérables, et le malade est devenu impropre au plus simple travail. Station debout prolongée encore possible, mais marche titubante et parfois mouvements de manège. Mort par pleuropneumonie sans avoir présenté de phénomènes de paralysie.

Autopsie : aplatissement considérable de la surface des circonvolutions des deux hémisphères. Epaississement énorme de la pie-mère qui les recouvre avec veines variqueuses ; circonférence postérieure des lobes antérieurs adhérant à la dure-mère des ailes xyphoïdes du sphénoïde. Les fosses du crâne renferment 150 grammes de liquide transparent jaunâtre dans lequel flottent d'innombrables vésicules d'un blanc mat, de la grosseur d'une lentille à celle d'une petite noix. Au niveau de la fosse moyenne, elles forment un conglomérat qui déroulé montre un reste de membrane auquel sont appendues une douzaine de vésicules semblables à celles qui flottent dans le liquide. Ce sont des vésicules hydatiques stériles présentant encore quelques crochets.

Ces parasites ont soulevé les régions du cerveau situées au niveau et en arrière de la fosse turcique.

Opacités et épaississement partiel des méninges de la base de l'encéphale. La glande pituitaire a subi la dégénération kystique.

La substance cérébrale même est partout intacte. Les ventricules latéraux ont le triple de leur capacité normale et renferment une cinquantaine de grammes du liquide habituel à l'hydrocéphalie sans traces de vésicules ni de crochets. Epaississement et granulations de l'épendyme du plancher des ventricules latéraux.

Les attaques épileptiques et la stupidité consécutive doivent être mises sur le compte de l'hydrocéphalie.

Les hydatides sont très postérieures. En s'en référant aux expériences de Leuckhart, le volume atteint par quelques-unes des vésicules filles indique une infection remontant à plus d'une année. Or, comme elle n'a pu avoir lieu en prison on peut en fixer très exactement la date à dix-huit mois, car le malade n'avait eu que deux mois de liberté dans ces dernières années. J. B.

VIII. — Femme de 59 ans. 6 semaines avant son admission, elle a eu une perte de connaissance. Chute suivie d'impossibilité de mouvoir le membre inférieur gauche.

A l'entrée, le 25 janvier, parésie modérée des filets naso-labiaux du facial gauche; bras gauche un peu moins vigoureux que le droit. Tumeur de la région pariétale droite du crâne.

Le 31, survient brusquement une paralysie complète de la motilité des deux membres gauches avec intégrité de la sensibilité, absence de douleur; pas de gêne de la parole. Il existe seulement un peu de stupeur.

Mort le 12 février par pneumonie droite.

Autopsie. La tumeur occupe une grande partie de la face interne du pariétal droit sur une longueur et une largeur de 8 centimètres; en dedans, elle a perforé la dure-mère et en dehors l'os, à la face extérieure duquel elle est venue former une saillie haute de 1 centimètre, longue de 7 1/2 et large de 5 1/2.

Ce sarcome est composé presque uniquement de cellules fusiformes courtes, pressées les unes contre les autres, sans substance intercellulaire.

Sur la surface de l'hémisphère cérébral droit, au niveau du lobe temporal et de la partie antérieure du lobe occipital, se voient de profondes dépressions correspondant à la surface très inégale de la tumeur qui n'a d'ailleurs nulle-

ment envahi le cerveau. Les points du cerveau les plus comprimés sont un peu diminués de consistance. J.-B.

IX. — 1° Enfant de 5 ans, entré à l'hôpital de Newcastle en décembre 1882 pour une tuméfaction localisée au côté droit de la tête avec céphalalgie et vomissements. La tumeur datait de quatre semaines. Elle occupait une grande partie du pariétal droit, semblait molle et élastique, vaguement fluctuante. Le crâne était d'ailleurs irrégulier et bosselé comme chez les rachitiques. L'examen ophtalmoscopique fit voir une double névrite optique. La tumeur fit de rapides progrès, se développant surtout au-dessus de l'orbite droit. puis pénétrant bientôt dans la cavité orbitaire et ulcérant l'œil, enfin envahissant les autres portions du crâne ; au point de simuler vaguement l'aspect de l'hydrocéphalie. Des néoplasmes analogues ne tardèrent pas à se montrer sur la mâchoire et sur le testicule gauche.

Malgré ce développement crânien extraordinaire (la tête mesurait 26 pouces de circonférence), l'intelligence resta entière; l'enfant continua à marcher, sans paralysie aucune. La mort survint le 21 mars. On trouva à l'autopsie une tumeur mollasse développée entre la dure-mère et les os du crâne ayant envahi ces derniers, et présentant des stratifications infiltrées de sang. C'était tout à fait l'apparence d'un cancer très vasculaire avec des foyers hémorragiques interstitiels. Au milieu de la trame se voyaient des jetées osseuses. Le point de départ du néoplasme paraissait être le diploé. La tumeur comprimait les lobes frontal, pariétal et sphénoïdal du cerveau du côté droit; elle avait contracté des adhérences avec la première circonvolution temporo-sphénoïdale, mais ne pénétrait pas plus loin. Histologiquement il s'agissait d'un sarcome.

2° Femme de 21 ans, se plaignant de céphalée et d'étourdissements. Depuis de longues années, elle était sujette à une otorrhée habituelle et se plaignait souvent de la tête. En août 1882, le crâne commença à gonfler au niveau de la bosse frontale gauche. Cette tuméfaction, qui ressemblait à une petite loupe, devint rapidement considérable et se ramollit. On l'incisa; il n'en sortit que du sang; la tumeur fit bientôt saillie par les lèvres de l'incision; en même temps, une autre bosse analogue se montrait dans la région pariétale postérieure.

Comme dans les observations précédentes, il existait une névrite optique double; il y avait de plus de l'anesthésie de la jambe droite, sans paralysie motrice. Le symptôme prédominant était le vomissement.

La malade quitta l'hôpital au bout de quelques jours.

L'observation 3 concerne une femme de 24 ans qui était entrée pour un gonflement douloureux de la hanche et du sacrum, considéré comme un sarcome. Quinze jours après, elle se plaignit de maux de tête, de vomissements, et l'on constata sur le crâne une petite saillie mollasse. Plus tard apparurent d'autres nodules semblables; la malade succomba dans le coma. On trouva une série de noyaux sarcomateux sous-périostés, la plupart intracrâniens, quelques-uns à la fois intra et extracrâniens. Le fond de l'œil et les nerfs optiques étaient congestionnés et parsemés d'hémorragies punctiformes.

L'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic des tumeurs de la dure-mère et des sarcomes du crâne; il attire l'attention sur la nécessité d'examiner le fond de l'œil et sur la valeur séméiologique de la névrite optique en pareil cas. H.-R.

X. — Il s'agit d'un ancien militaire, âgé de 73 ans, qui avait subi, il y a 48 ans, la désarticulation du bras gauche, et succomba en 36 heures à une congestion méningo-encéphalique. Il n'avait jamais éprouvé jusque-là de trouble cérébral. Cependant, depuis quelques années, le membre inférieur correspondant au bras amputé s'était peu à peu paralysé ; il traînait la jambe et fauchait légèrement.

A l'autopsie, on trouva un piqueté rouge disséminé à la surface des hémisphères et une injection très prononcée des méninges. Sur l'hémisphère droit existait un affaissement de 3 à 4 millimètres de profondeur, au niveau du tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante. Même affaissement sur le lobule paracentral correspondant. Encoche de 2 à 3 millimètres sur la crête en rapport avec ce lobule.

Le ventricule latéral du même côté était considérablement distendu par une sérosité limpide et incolore. A sa partie moyenne et supérieure existait un diverticulum très profond, correspondant à la circonvolution atrophiée. A ce niveau l'épaisseur de la paroi supérieure du ventricule n'était que de 4 millimètres, tandis que dans l'hémisphère opposé cette même paroi offrait une épaisseur de 14 millimètres.

Le corps strié du côté malade présentait une dépression dans son tiers moyen, et la couche optique voisine était notablement aplatie dans le sens vertical. L'insula de Reil, atrophié également, ne présentait que trois plis affaissés et peu distincts, alors que dans l'hémisphère sain ce même lobule avait cinq plis bien dessinés et très saillants.

En examinant la paroi antérieure du 4e ventricule, on remarquait que la ligne médiane était déviée de gauche à droite et de bas en haut. Sur des coupes de la protubérance et du bulbe, on voyait de même que la ligne du raphé médian était oblique d'arrière en avant et de gauche à droite, et que toute la portion de substance nerveuse située à droite de ce raphé était très notablement atrophiée.

L'hémisphère droit pesait 548 grammes, le gauche 579; soit une différence de 31 grammes en faveur de ce dernier.

La circonférence de l'hémisphère sain, prise au niveau de la frontale ascendante, était de 24 cent. 8; celle de l'hémisphère atrophié, de 22 cent. 8; soit une différence de 2 centimètres

Ce fait, qui vient confirmer les observations recueillies antérieurement par l'auteur relativement à l'atrophie des centres moteurs chez les amputés, prouve de plus que la lésion, ordinairement limitée à l'écorce cérébrale, peut s'étendre secondairement à la substance blanche sous-jacente au corps strié, à la couche optique et à une des moitiés de la protubérance et du bulbe. Il faut noter aussi la paralysie de la jambe survenue dans les dernières années de la vie, et indiquant un envahissement progressif des cellules et fibres nerveuses qui régissent les mouvements du membre correspondant au côté mutilé. G. DECAISNE.

XI. — L'auteur conclut de ses recherches personnelles et des recherches bibliographiques qu'il a faites sur ce sujet, que dans ces cas il existe : de l'atrophie des racines spinales correspondantes, de l'atrophie de la substance blanche de la moelle du côté correspondant et au niveau de l'entrée des racines atrophiées, peut-être un très léger degré d'atrophie de la substance blanche au-dessus du point d'entrée de ces racines, de l'atrophie de la région antéro-externe et postéro-externe de la corne antérieure de la substance grise, mais seulement au niveau du point de départ des racines atrophiées, enfin la disparition des cellules ganglionnaires dans les points de la substance grise correspondant aux racines spinales les plus atrophiées.

Cette atrophie de la moelle s'explique, pour la substance blanche, par le moins grand nombre de fibres qui y pénètrent, et pour la substance grise, par l'atrophie des bouts centraux de ces fibres. Les fibres qui conduisent de la moelle au cerveau, celles en un mot dont la portion motrice

est probablement située dans les parties postérieures des cordons latéraux, ne paraissent pas s'atrophier d'une façon ascendante.

S'il se produit une atrophie des racines pendant le développement, la région corticale motrice du cerveau peut être légèrement atrophiée.

XII. — Dans cette note, confirmative des travaux de Pitres (*Arch. de Neurologie*, *n°* 10) l'auteur montre des faits où la sclérose descendante consécutive à un foyer d'hémorragie cérébrale n'est pas limitée au côté opposé à la lésion, mais intéresse simultanément les deux membres inférieurs. L'examen des réflexes tendineux met le fait hors de doute. L'auteur accepte l'interprétation de M. Charcot et admet qu'en pareil cas la décussation des fibres venant de l'hémisphère cérébral se fait très incomplètement à travers les pyramides. H. R.

XIII. — L'auteur a pu observer 8 sujets où la surface du pédoncule cérébral était complètement intacte pendant qu'un ramollissement ancien siégeait sur toute l'épaisseur du segment antérieur de la capsule à sa partie moyenne. Fallait-il conclure qu'il n'y avait pas une dégénération secondaire du faisceau interne du pédoncule? — Evidemment non, répond l'auteur, et il le prouve par des coupes transversales faites un peu au-dessus du bord antérieur de la protubérance. Immédiatement au-dessous du locus niger, un triangle grisâtre, présentant tous les caractères des colonnes de dégénérescence secondaire, occupe le plan profond et interne de l'étage inférieur du pédoncule cérébral. Il est donc permis de conclure avec l'auteur que ces dégénérations secondaires du faisceau interne du pédoncule sont de beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, que la division de Brissaud est en quelque sorte classique; mais que souvent des fibres pédonculaires externes se dévient en dedans et peuvent affecter une direction presque transversale pour recouvrir plus ou moins et dissimuler une modification superficielle du faisceau interne de l'étage inférieur du pédoncule cérébral. MARCUS.

XIV. — La malade, femme d'environ 50 ans, sur laquelle on n'a aucun renseignement, est apportée à l'hôpital dans un état de coma absolu, les membres inertes, insensibles, la respiration stertoreuse. On l'a trouvée étendue sur le plancher de sa chambre. La température vaginale est à 40°7; le pouls à 128. Mort dans la soirée.

A l'autopsie, développement extrême du tissu adipeux. Véritable hypertrophie des os de la voûte crânienne qui a une épaisseur double de l'état normal. Rien dans les méninges. La basilaire est oblitérée complètement sur une étendue d'un centimètre par une substance dure, blanchâtre, sans apparence d'organisation, beaucoup plus dense qu'un caillot même ancien et consistant, et évidemment formée de fibrine condensée comme si elle avait été fortement pressée. La paroi artérielle est normale. Pas d'atherome des autres vaisseaux. Léger épanchement dans les ventricules avec œdème considérable des plexus choroïdes. Foyer de ramollissement blanc au centre de la couche optique gauche. Protubérance ramollie, formant une bouillie crémeuse. Poumons hyperémiés. Cœur et foie graisseux. Reins sclérosés et atrophiés. Pas d'examen histologique.

L'auteur ne croit pas qu'il s'agisse dans ce cas d'une thrombose et admet une embolie, sans qu'il ait pu en découvrir l'origine. A. C.

XV. — Fillette de 9 mois. Début de l'affection par deux accès convulsifs, puis perte complète de connaissance, fièvre intense, convulsions alternant avec du collapsus, pendant trois semaines. Au bout de ce temps apparaît une paraplégie complète et permanente avec contracture des quatre membres.

Dans le cours des deux premières années, l'intelligence se développe un peu, la contraction s'améliore grâce à de la gymnastique, mais la paraplégie ne se modifie pas et l'enfant ne parle pas du tout.

La sensibilité et l'excitabilité électrique des muscles étaient conservées.

Au bout de deux ans et demi, la petite malade, prise de bronchite aiguë, succombe au milieu de violentes convulsions.

A l'autopsie on constate qu'une vaste perte de substance porencéphalique de l'hémisphère gauche avait détruit les deux circonvolutions centrales ; elle s'étendait jusqu'au plafond des ventricules latéraux.

Dans l'hémisphère droit se trouvaient les lésions suivantes : lacune porencéphalique au niveau de la partie antérieure de la circonvolution pariétale inférieure ; vaste perte de substance des masses ganglionnaires droites, noyau lenticulaire complètement détruit ; capsule interne à peu près intacte.

En outre, il existait une vaste perte de substance dans la moitié antérieure de la protubérance où les deux pyramides étaient entièrement détruites.

En même temps, l'autopsie révéla une endocardite du ventricule gauche, un vieil infarctus rénal et un caillot ancien canaliculé, s'étendant de l'artère sylvienne droite jusqu'au commencement de ses deux branches de bifurcation.

Cette observation fournit pour la première fois la preuve directe que les lacunes porencéphaliques acquises tiennent à des oblitérations vasculaires. J. B.

I. — **Beobachtungen zur Pathologie des Gehirns (Deux observations d'affections du cerveau), par H. BIRCHER** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 4, p. 97, 15 février* 1881).

II. — **Erfolgreiche Extraction einer im Schädel steckengebliebenen Revolverkugel nach dem Auftreten secundärer Hirnerscheinungen (Balle extraite du crâne après l'apparition des phénomènes secondaires), par O. KAPPELER** (*Idem n° 23, p. 737, 1er décembre* 1881).

III. — **Messerstich in den Schädel mit steckenbleiben (Lame de couteau restée dans le crâne), par M. FREYER** (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 10, p. 152, 6 mars* 1882).

IV. — **Klinischer Beitrag zur topischen Diagnostik der Hirnverletzungen und zur Trepanationsfrage (Contribution au diagnostic du siège des blessures du cerveau et à la question du trépan), par KRŒNLEIN** (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 6, p. 161, 15 mars* 1882).

V. — **Ein Fall von Hirnverletzung, par JAEGER** (*Idem, n° 8, p. 244, 15 avril* 1882).

VI. — **Ein Fall von Hyperaesthesia cerebri chronica, Contractur, Paralysie, Aphasie und Amblyopie, etc. (Blessure du cerveau restée latente pendant 12 ans. Guérison), par REISMANN** (*Berlin. klin. Woch., n° 28, p. 432, 10 juillet* 1882).

VII. — **Zwei Schädelschüsse mit Einheilung der Kugel in der Schädelhöhle (Deux cas de projectiles enkystés dans la cavité crânienne), par KUESTER** (*Idem, n° 31, p. 487, 31 juillet* 1882).

VIII. — **Beitrag zur Trepanationsfrage, par KRŒNLEIN** (*Corr.-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 1, p. 21, 1er janvier* 1883).

IX. — **Trepanation wegen traumatischer Ruptur der A. mening. med.), par KRŒNLEIN** (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte, n° 10, p. 253, 15 mai* 1883).

X. — **Zur Localisation der Functionen des Grosshirns, par M. REISINGER** (*Berl. kl. Woch.*, *n°* 14, *p.* 205, 2 *avril* 1883).

XI. — **Trépanation pour abcès traumatique du cerveau. Guérison (par C. THIERSCH** (*Id.*, *n°* 30, *p.* 461, 23 *juillet* 1883).

XII. — **Fall von Hirntumor, par BRIEGER** (*Id.*, *n°* 30, *p.* 468, 24 *juillet* 1882).

XIII. — **Trépanation pour des accidents tardifs à la suite d'une fracture du crâne, par G. SILVESTRINI** (*Bull. Acad. de Méd.*, 2e *série*, *T. XII*, n° 15).

XIV. — **Abcès du cerveau communiquant avec un abcès du pharynx, compliqué d'une tumeur cérébrale, par ATKINSON** (*Brit. med. journ.*, *septembre* 1882).

XV. — **Plaies du cerveau, par BENDER** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 50, 1882).

XVI. — **Observation de tumeur cérébrale, par Carlyle JOHNSTONE** (*Edinb. med. journ.*, *décembre* 1882).

XVII. — **Fibromyxosarcome du pédoncule cérebelleux moyen, par MANNKOPF** (*Berl. klin. Woch.*, 18 *avril* 1882).

XVIII. — **Gliosarcome de la couche optique, du lobe occipital et du pédoncule cérébral, par CHAUVET, J.-L. PREVOST et ETERNOD** (*Rev. méd. de la Suisse romande, février* 1883).

XIX. — **Ueber Neuritis olfactoria, par HUGUENIN** (*Corresp.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er *et* 15 *mai* 1882).

XX. — **Anosmie bei Hirndruck (Anosmie par compression cérébrale), par QUINCKE** (*Ibid.*, 15 *juillet* 1882).

XXI. — **Centri motori corticali (Studio critico sperimentale), par MARCACCI** (*Giorn. della R. Acad. di Torino, janvier-avril* 1882).

XXII. — **Deux cas peu conformes aux localisations cérébrales, par H. BLAISE** (*Soc. anat.*, 12 *juillet* 1882).

XXIII. — **Du trismus d'origine cérébrale, par LÉPINE** (*Rev. de médec.*, 1882).

XXIV. — **3 cas de tumeurs tuberculeuses dans les parties moyenne et postérieure du cerveau, par O. HEUBNER** (*Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, *Bd XII*, *Heft* 3, 1882).

XXV. — **Etude critique et clinique de la doctrine des localisations motrices dans l'écorce des hémisphères cérébraux chez l'homme, par CHARCOT et PITRES** (*Rev. de méd.*, 1883).

XXVI. — **Strabisme conjugué paralytique du noyau droit de la 6e paire crânienne, par DE VINCENTIIS** (*Riv. clin. di Bol.*, *janvier* 1883).

XXVII. — **Tumeur du côté droit du cervelet, par RAMSKILL et COCKWELL** (*Brit. med. journ.*, *mai* 1883).

XXVIII. — **Tumeur du cervelet, par FAISANS et CHARRIN** (*Soc. anat. in Progr. médic.*, *p.* 533, 1883).

XXIX. — **Un cas de localisation cérébrale, par TUCZEK** (*Berlin. klin. Woch.*, 4 *juin* 1883).

XXX. — **Du rapport entre les spasmes posthémiplégiques et les affections des couches optiques, par GALVAGNI** (*Riv. clin. di Bologna*, *n°* 6, 1883).

XXXI. — **Cas de paralysie incomplète du membre supérieur, par R. LÉPINE** (*Rev. de méd.*, *juillet* 1883).

XXXII. — Paralysie partielle du sentiment par lésion des corps striés, par F. STRASSMANN (*Zeitschr. f. klin. Med. Bd VI*, 1883).

XXXIII. — Tubercule solitaire du pédoncule cérébral chez l'enfant, par HENOCH et GRAWITZ (*Berlin. klin. Woch.*, 27 *avril* 1883).

XXXIV. — Gliosarcome de l'hémisphère cérébral droit, par LONG (*Rev. méd. Suisse rom.*, *août* 1883).

XXXV. — Deux cas de tumeur du cervelet, par CHVOSTEK (*Wien. med. Jahrb. Heft* 3, *p.* 381, 1882).

XXXVI. — Kyste hydatique de la base du crâne, par BUCQUOY (*Union méd.*, 10 *janvier* 1884).

I. — *Obs.* 1re. *Attrition du lobe frontal.* Homme de 78 ans, en état d'ivresse, tombe à la renverse dans un escalier. Perte de connaissance pendant une demi-heure. Le lendemain, santé parfaite. Mais les deux jours suivants malaise général.

Le 5e jour au matin, agitation, puis cris et accès convulsif du côté droit ; 1 heure après, légère parésie du facial droit qui, le soir, s'est étendue aux deux membres du même côté, en même temps que les convulsions se sont renouvelées.

Le 6e jour. Accès convulsifs encore plus fréquents. Obnubilation progressive du sensorium. 56 respirations stertoreuses ; 116 pulsations ; face un peu déviée à gauche ; parésie des membres droits. Sensibilité normale. Aucune blessure visible sur la tête. Ecchymoses du thorax, fracture de la clavicule droite.

Les accès convulsifs qui se reproduisent toutes les 5 ou 10 minutes débutent par une rotation de la tête et des yeux à droite et en haut. Puis surviennent des contractions de l'orbiculaire palpébral et de la commissure labiale droite ; ensuite tous les muscles de cette moitié entrent en convulsions. Pupilles rétrécies. Au bout de 15 secondes, clonus du bras droit débutant par une extension de l'index et du médius suivie de fermeture du poing ; rotation constante du bras en dehors.

L'envahissement de la jambe droite a lieu de la même façon. A droite, le pouls radial est très petit ; à gauche, il est dur et ample. L'accès dure au plus une minute et demie et les convulsions cessent dans l'ordre d'apparition, laissant les membres flasques.

Mort par asphyxie résultant des convulsions des muscles respiratoires, 6 fois 24 heures après la chute. Température à 41°, 136 pulsations, 60 respirations.

Bircher et Hitzig avaient diagnostiqué une lésion de la circonvolution centrale antérieure gauche. A l'autopsie faite très soigneusement par Hitzig, nous n'emprunterons que les altérations les plus importantes. Fracture de la clavicule et des trois premières côtes droites près du sternum. Epanchement sanguin dans l'aponévrose épicrânienne de l'occipital. Adhérences intimes de la dure-mère au crâne dont la moitié droite paraît élargie transversalement et raccourcie d'avant en arrière. A la face interne de la dure-mère du côté droit, épanchement sanguin en nappe au niveau du frontal et dans la fosse occipitale en grosses taches isolées sur la région pariétale de la convexité. Opacité et épaississement de la pie-mère le long de la scissure interhémisphérique et dans la fosse sylvienne. Suffusion sanguine considérable de la moitié gauche de la pie-mère, occupant tout le lobe frontal à l'exception de la circonvolution frontale supérieure et du tiers inférieur de la deuxième circonvolution frontale. Suffusions sanguines moins considérables s'étendant sur la moitié inférieure de la circonvolution centrale antérieure.

Caillot de la grosseur d'une lentille dans la scissure de Sylvius à l'origine de la branche ascendante. Quelques petits extravasats sur la moitié inférieure de la région pariétale.

Un épanchement sanguin a complètement désorganisé et rendu diffluente sur une étendue de 3 centimètres d'avant en arrière et de 6 centimètres en largeur, non seulement la substance corticale, mais encore une partie de la substance blanche de la portion plus antérieure du lobe frontal gauche, dans la région correspondant à la branche inférieure de la circonvolution frontale supérieure, à toute la circonvolution frontale moyenne et à l'extrémité antérieure de la circonvolution frontale inférieure. En arrière, on voit encore d'assez nombreux extravasats dont les dimensions oscillent entre une tête d'épingle et une lentille; ils siègent surtout sur la région de Broca, mais sont limités à l'écorce.

Sur les coupes des circonvolutions, on aperçoit plusieurs petits extravasats gros comme des grains de mil et formant par leur réunion un épanchement sanguin gros comme un pois dans la couche inférieure de l'écorce de la branche supérieure de la circonvolution frontale inférieure, à l'endroit où elle s'infléchit en bas pour participer à la formation du sillon précentral. Dans ce sillon lui-même se trouve un caillot gros comme une lentille. Dans la portion centrale de la circonvolution frontale inférieure, attrition de la substance avec foyer de ramollissement jaune commençant au pourtour.

A la base du cervelet du côté droit, destruction complète du tissu dans l'étendue d'une noix, atteignant en haut jusqu'au corps rhomboïde.

En rapprochant les lésions de l'autopsie des phénomènes cliniques, on voit qu'on a d'une part des lésions primitives, des extravasats sanguins qui ont désorganisé la substance cérébrale, d'autre part des lésions secondaires, le ramollissement jaune de la couche blanche du lobe frontal.

Or, il n'y a eu aucun symptôme morbide chez le blessé dans les quatre jours qui ont suivi l'accident, c'est-à-dire que les lésions primitives sont restées latentes. Les convulsions et paralysies du 5e jour ne peuvent être rattachées qu'au foyer d'encéphalite.

Cette observation fournit donc une nouvelle preuve de l'absence des centres moteurs dans l'écorce du lobe frontal. Elle a en outre une grande importance pratique, car elle a offert exactement les mêmes phénomènes convulsifs et paralytiques que la destruction de districts cérébraux assez différents : 1° foyers apoplectiques de l'écorce des deux circonvolutions centrales et de la circonvolution supra-sylvienne (Huguenin); 2° cicatrice à l'extrémité externe de la circonvolution centrale antérieure (Ziegler); 3° cicatrice à l'union des deux tiers inférieurs de la circonvolution centrale antérieure avec le tiers supérieur.

La conclusion à tirer, c'est que si une blessure du cerveau est suivie immédiatement de symptômes périphériques, on peut diagnostiquer une lésion corticale et voir, s'il y a lieu à trépaner, tandis que si les symptômes surviennent tardivement, on n'en peut rien inférer sur le siège de la lésion parce que ces symptômes peuvent être dus soit à une méningite, soit à la propagation à la région des centres moteurs d'une inflammation siégeant primitivement tout à fait en dehors de cette région, soit enfin, comme dans l'observation présente, à un foyer occupant la substance blanche en l'absence de toute méningite et de toute lésion de la zone motrice.

II. — Le 26 juin, un jeune homme de 19 ans se tire un coup de revolver

à balle de 7 millimètres dans la tempe droite. Chute sans perte de connaissance. A 1 centimètre en dehors et à 3 centimètres au-dessus de l'angle externe de l'œil, plaie arrondie, déchiquetée d'un demi-centimètre de diamètre. Œdème et suffusion de la paupière supérieure. Ecchymoses sous-conjonctivales. Tuméfaction de toute la région temporale.

Le 30, Kappeler voit le blessé pour la première fois, la plaie est déjà cicatrisée sauf à son angle inférieur; le pourtour en est toujours gonflé y compris la paupière. Chémosis conjonctival. Pupilles, intelligence, pouls et température à l'état normal. Par instants seulement un peu de lourdeur de tête : aucun trouble de la mobilité ou de la sensibilité.

Le 6 juillet, la cicatrisation est complète. Encore un peu de gonflement palpébral.

Le 18, le blessé éprouve pour la première fois des vertiges et des douleurs dans la région fronto-temporale, sans fièvre. Ces symptômes disparaissent, puis se reproduisent le 23 et les jours suivants, mais pendant quelques heures seulement : les douleurs sont tantôt gravatives, tantôt pulsatives.

Le 8 août, on constate pour la première fois une ptose de la paupière droite; le 12, une déviation de la langue du même côté. Le 15, malaise général, vives douleurs dans toute la tête, élancements dans le bras et la jambe gauche. Fièvre vespérale qui persista dès lors jusqu'à l'opération.

Le 22, opacités du corps vitré droit. Papille correspondante rouge et contours effacés. Paralysie du facial buccal droit. Le lendemain, augmentation du gonflement de la paupière supérieure droite et de la tuméfaction autour de la cicatrice. Céphalalgie toujours par accès.

Le 25, premières convulsions, cloniques dans le bras gauche dont tous les modes de sensibilité demeurent intacts.

Le 27, Kappeler se décide à rechercher si le projectile ne serait pas la cause des accidents. Trajet de la balle divisé en avant et en bas : le projectile était logé dans l'os épaissi injecté et diminué de consistance, il dut être libéré à coups de ciseau. Dans ces manœuvres, la cavité orbitaire immédiatement contiguë au canal de la balle, mais non entamée fut ouverte. Le projectile avait complètement perforé l'os et proéminait dans la cavité crânienne qui était ouverte dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes, immédiatement en avant de la crête de séparation des fosses antérieure et moyenne; extraction de quelques menues esquilles de la lame vitrée. Pas de solution de continuité dans la dure-mère, ni de pus. La balle était aplatie à sa base et formait trois dents aiguës en avant, des parcelles de plomb détachées se voyaient à son voisinage immédiat.

Pour mieux s'assurer de l'état du cerveau et de ses enveloppes au voisinage Kappeler résèque au niveau de l'orifice crânien un tronçon osseux quadrangulaire et incise la dure-mère. Bien que la pie-mère et la substance cérébrale paraissent saines, par surcroît de précaution, il enfonce à 5 millimètres dans le cerveau un trocart explorateur qui ne ramène que quelques gouttes de sérosité.

Lavages phéniqués, drainage, suture et pansement de Lister. Il n'y eut de fièvre que pendant un jour. La plaie se réunit par première intention. La céphalalgie disparut immédiatement; mais la parésie du facial buccal et la déviation linguale persistaient.

Le 9 septembre, retour de quelques mouvements convulsifs dans les membres gauches et sentiment de pression dans la moitié droite du crâne. Dès lors disparition graduelle de tous les troubles morbides.

III. — Un homme reçoit un coup de couteau au-dessus de la tempe droite. Tumeur de la grosseur d'une noix fluctuante et présentant à son sommet une plaie horizontale, à bords nets, longue de un centimètre et demi dont les bords s'agglutinent immédiatement. La plaie est située sur le bord inférieur du

pariétal à la hauteur d'une ligne réunissant le sommet du pavillon auriculaire et l'arcade sourcilière.

Les jours suivants, le blessé offre par instants de la difficulté à parler, de l'engourdissement et de l'affaiblissement des deux membres gauches. En outre, il a constamment des douleurs de tête qui vont croissant. La tumeur n'est plus distendue ni fluctuante, et l'on sent un corps étranger saillant et enclavé dans l'os suivant la longueur de la plaie. Freyer rouvre la plaie et trouve un tronçon de lame de couteau de poche faisant une saillie de 2 millimètres, le dos dirigé vers le front et le tranchant du côté de l'oreille. Devant l'impossibilité de l'extraire avec des pinces, Freyer agrandit la fente osseuse à la fois du côté du dos et du tranchant de la lame. Non sans peine et à suite d'une secousse brusque, il parvint à retirer un morceau de lame de six centimètres et demi de long sur un centimètre et demi de large, mais il manquait l'extrémité de la pointe qui avait encore trois millimètres de largeur. Freyer pense que la secousse brusque qui a précédé la sortie de l'instrument a correspondu avec la rupture de la pointe restée implantée dans la portion pétreuse du temporal.

La plaie guérit en 10 jours sans incident, mais le malade conservait de la céphalalgie, surtout occipitale et nocturne et des battements continus dans le crâne. Le 7e jour après l'opération, réapparition fugitive des phénomènes paralytiques du côté de la langue et des membres gauches, et même apparition de phénomènes analogues dans le bras droit. Depuis lors la guérison a été complète, et constatée encore un an et demi plus tard.

IV. — L'observation de Kroenlein est un bel exemple de la possibilité d'appliquer la doctrine des localisations cérébrales à l'intervention chirurgicale. Les symptômes de lésion de la portion moyenne de la circonvolution centrale postérieure droite furent si nets qu'ils permirent une trépanation suivie de plein succès.

V. — Le 25 mars, un jeune paysan reçoit un coup de clef sur le côté droit du crâne. Il s'affaisse sans connaissance dans le ruisseau et parvient à s'en retirer pour regagner à pied son domicile situé à une demi-lieue, éprouvant seulement de la faiblesse et des fourmillements dans les membres gauches.

C'est uniquement pour cela que le 29 il se rend chez Jaeger, faisant trois lieues à pied.

La pression de la main gauche est beaucoup moins énergique ; le bras ne peut être élevé que jusqu'à la bouche ; la parole est gênée et la commissure labiale droite attirée en haut et en dehors. Rien du côté des pupilles. Aucune ptose palpébrale. Sensibilité partout normale.

Sur le pariétal droit, se voit une petite plaie qui n'a encore été l'objet d'aucun soin ; elle est indolore, de bords dentelés, et soulevée rthymiquement. Un stylet enfoncé à 3 centimètres rencontre une esquille.

Pansement et désinfection de la plaie.

Le 5 avril, douleurs et mouvements convulsifs dans le bras gauche. Un nouveau sondage de la plaie permet de retirer deux esquilles. Immédiatement amélioration notable.

Le 13, en rentrant d'une promenade, le blessé s'affaisse sans connaissance, en proie à une attaque épileptiforme. En revenant à lui, il accuse de la lourdeur de tête, des douleurs et des crampes dans le bras gauche.

Extraction d'une nouvelle esquille, suivie d'amélioration qui se prolonge tout un mois.

Mais le 17 mai, survient une aggravation subite : l'hémiplégie faciale gauche est plus accentuée. Céphalalgie frontale, douleurs et convulsions dans le bras. Jaeger retire encore une esquille et dès lors l'amélioration devient définitive et la plaie se ferme.

L'auteur a revu ce blessé cinq ans plus tard sans aucun vestige de son accident.

VI. — Homme ayant reçu à l'âge de 24 ans plusieurs coups sur la tête, avec un verre à boire. Hémorragie abondante, mais pas de perte de connaissance. Le douzième jour seulement il dut s'aliter à cause de vomissements, de convulsions cloniques et de strabisme. Depuis lors, jusqu'à l'âge de 36 ans, c'est-à-dire durant douze ans, la santé a été parfaite. Mais à cette dernière date, cet homme fut pris de céphalalgie de plus en plus continue et intolérable; en même temps, en plein été, il avait froid.

Reismann fut consulté, alors que ces douleurs duraient déjà depuis plus d'un an, et trouva le malade dans l'état suivant : Aphasie, amblyopie double, fièvre hectique. Contracture des deux jambes fléchies à angle droit sur les genoux. Ni surdité ni troubles de la sensibilité.

En face de symptômes indiquant une affection cérébrale chronique, l'auteur rasa le crâne du malade et y trouva huit cicatrices ayant ensemble 3 centimètres de long. Elles n'adhéraient pas à l'os; la plus longue, qui se distinguait des autres par de la rougeur, était située sur le pariétal gauche un peu au-dessus de la suture temporale et de l'oreille.

Huit jours plus tard, disparition de la contracture des membres inférieurs qui avait duré une quinzaine. En revanche, paralysie complète du bras et de la jambe gauches et tumeur fluctuante sous l'une des cicatrices du pariétal.

Incision qui donne issue à beaucoup de pus louable. L'os présente un pertuis qui admet à peine le bouton du stylet et laisse sortir du pus à chaque pulsation. Cet orifice était placé au centre d'une fissure de la table externe, longue de plusieurs centimètres. Après avoir agrandi au ciseau l'orifice, Reismann y introduit le petit doigt qui donne issue à un flot de pus. Sur la dure-mère, d'ailleurs intacte, se trouvait un petit séquestre mobile de la grosseur de l'ongle du petit doigt.

Immédiatement, cessation des douleurs; dès le lendemain, disparition de l'aphasie, de l'hémiplégie et de l'amblyopie.

Onze mois après l'opération, la cicatrice était rayonnée et déprimée centralement en entonnoir; au fond on voyait les battements des méninges et la fistule laissait encore suinter du pus, ce que Reismann attribue à un déplissement incomplet du cerveau et de la dure-mère comprimés durant de longs mois. Aussi si la cicatrice ne se ferme pas, se propose-t-il, comme en cas pareil dans l'empyème, de recourir à une nouvelle résection.

VII. — 1er *cas*. Coup de pistolet dans la tempe droite. Convulsions dans les muscles animés par l'hypoglosse et le facial. Elles disparaissent ainsi qu'une surdité survenue au bout d'une quinzaine avec perforation du tympan et otorrhée. Le blessé est renvoyé de l'hôpital parfaitement guéri, mais gardant son projectile dans la cavité crânienne.

2e *cas*. Jeune homme ayant reçu le projectile d'une arme à feu dans la moitié gauche du front.

L'agrandissement de la plaie osseuse, faite à coups de ciseau, montre une fracture esquilleuse de la table interne avec enfoncement des esquilles dans le cerveau et canal du projectile creusé dans l'épaisseur du lobe frontal.

Ablation des esquilles, impossibilité de retrouver la balle. Pansement antiseptique.

Le troisième jour après l'opération, douleurs occipitales; convulsions suivies de parésie dans les membres gauches, troubles des mouvements oculaires, irrégularité du pouls et de la respiration, troubles mentaux et aphasie. Puis tous les phénomènes morbides disparaissent lentement, et maintenant il n'en reste plus aucun.

Kuester suppose que le projectile, après avoir traversé tout le cerveau, est allé se loger dans la fosse postérieure du crâne.

La communication de Kuester a donné lieu à une discussion dans le XIe Congrès de la Société allemande de chirurgie :

Kraske, dans un coup de feu ayant atteint le frontal, a trépané sans pouvoir trouver le projectile, mais par l'orifice s'est écoulée de la matière cérébrale. Néanmoins l'opéré n'a eu d'autres accidents que quelques désordres psychiques peu intenses.

Von Bergmann est d'avis en semblable circonstance de refermer la plaie avec un pansement antiseptique au lieu de l'agrandir et de trépaner.

Von Langenbeck estime également qu'il n'y a pas lieu d'opérer lorsqu'un sondage prudent de la plaie n'a rien fait découvrir. Il a vu guérir sans opération cinq plaies du cerveau par armes à feu ; l'un des blessés a eu cependant plus tard une affection mentale. Chez deux, il avait sondé le cerveau, même à une profondeur de 6 centimètres, sans trouver le projectile.

Bardeleben, dans les quatre cas qu'il a observés, n'a jamais pu trouver le projectile. Les phénomènes cérébraux, bien que graves, ont toujours disparu.

Kuester craint, en renonçant au trépan, de se priver des chances qu'on a ainsi d'éviter l'apparition d'accidents secondaires. Quand on agrandit la plaie, ce ne sont que les parties désorganisées du cerveau qui s'écoulent au dehors.

VIII. — Homme de 48 ans ; chute dans un escalier, suivie de perte de connaissance prolongée pendant une demi-heure. Il regagne ensuite son domicile à pied, mais au bout de quelques heures semble s'endormir.

Le lendemain, on l'amène à l'hôpital : sopor profond, pupilles petites, ne réagissant pas, 58 pulsations ; respiration calme et régulière. Pas de paralysie.

Sur le pariétal droit, plaie à lambeaux n'atteignant pas jusqu'au péricrâne.

Les deux jours suivants, paralysie de la motilité des membres droits, complète au bras, incomplète à la jambe. Ptose et parésie faciale du même côté.

Le quatrième jour, la fièvre étant apparue, Krœnlein se décide à pratiquer la trépanation dans l'idée qu'il a affaire à un épanchement sanguin consécutif à la rupture de l'artère méningée moyenne qu'il se propose de lier.

Mais l'artère se trouvait intacte et il ne trouve pas d'extravasat.

A l'autopsie : épanchement énorme de sang provenant de la rupture de la branche postérieure de l'artère méningée moyenne ; au niveau de la collection sanguine, cerveau déprimé de 3 centimètres depuis la circonvolution centrale antérieure jusqu'à 15 centimètres en arrière.

IX. — Fait assez analogue au précédent et appartenant au même auteur ; ici l'intervention a été couronnée de succès.

Homme de 60 ans, ivre et tombé dans un escalier. Il n'a pas encore repris connaissance quand douze heures plus tard on l'apporte à la clinique. Hémiplégie gauche de la face et des membres. Pupilles réagissant encore, la droite est un peu plus petite, 60 pulsations. Pas de fièvre.

Pas d'autre lésion externe que des excoriations du front et du cuir chevelu et de l'empâtement des téguments de la tempe droite. Vaste ecchymose de la conjonctive bulbaire droite. Sang desséché dans la narine droite.

Le septième jour après l'accident, le sopor qui avait diminué redevient plus intense ; faiblesse et irrégularité du pouls. Fièvre.

Krœnlein se décide à trépaner au lieu d'élection indiquée par Vogt pour la ligature de la méningée moyenne dont il diagnostique la déchirure. Agran-

dissement au ciseau de la couronne du trépan jusqu'à ce qu'elle ait le calibre d'une pièce de 2 francs.

Mise à découvert d'un énorme caillot dont le doigt ne peut atteindre les limites et qui a refoulé la dure-mère à un pouce et demi de l'os.

Enlèvement d'environ 150 grammes de sang coagulé. Dure-mère intacte. A la face interne de l'écaille temporale, en avant de l'orifice fait à l'os s'étend, oblique en bas et en avant vers le plafond de l'orbite, une fente légèrement béante. Drainage et pansement de gaze iodoformée.

Cicatrisation en quatre semaines sans incident. L'amélioration est continue mais lente. A chaque changement d'appareil, on voit la dure-mère se rapprocher peu à peu de l'os qu'elle atteint au bout de huit jours : à ce moment le sensorium redevient libre. La motilité des membres était partiellement revenue, tandis que l'hémiplégie faciale se prononçait de plus en plus. Mais actuellement il ne reste qu'une légère parésie du facial buccal.

X. — Homme de 26 ans, ayant reçu un coup de sabre un peu en arrière de la bosse frontale gauche. Immédiatement bégaiement peu intelligible et faiblesse de la main droite. Les jours suivants, douleurs de tête violentes. Cet homme continue à travailler encore deux jours après sa blessure. Reisinger le voit le troisième jour.

A trois travers de doigt au-dessus de l'oreille gauche et un peu en avant, plaie longue de 5 centimètres, oblique en haut, en arrière et en dedans, à bords unis, déjà agglutinés par places; empâtement du pourtour. Le stylet ne fait pas reconnaître de lésion osseuse. Légère parésie du facial droit ainsi que des muscles du pouce et des fléchisseurs des doigts de la main droite. Diminution considérable de la sensibilité sur le dos des deux premiers métacarpiens droits; élancements dans les deux doigts correspondants. Pupilles normales. Aucun trouble des muscles oculaires. Régularité du pouls et de la respiration. Fièvre.

Le lendemain, un peu d'obnubilation intellectuelle. Parole encore moins distincte. Au pourtour de la plaie, gonflement accru et rougeur diffuse s'étendant jusqu'à l'angle de la mâchoire.

Le cinquième jour, apyrexie; le sixième, convulsions cloniques d'abord dans le pouce droit, puis dans les fléchisseurs du carpe et de l'avant-bras droits, et dans les muscles de la moitié correspondante de la face; l'accès se termine par des convulsions généralisées durant deux minutes et s'accompagnant de perte de la connaissance. Un nouveau sondage de la plaie fait reconnaître l'existence d'une fracture esquilleuse.

Trépanation : trois esquilles se trouvaient libres sur la dure-mère. L'une d'elles, aiguë, longue de 2 centimètres, avait perforé la dure-mère à la portion la plus antérieure de l'orifice du trépan. Son extraction donna issue à des gouttelettes de substance cérébrale fluidifiée. Quelques caillots adhérents à la dure-mère furent laissés. Pansement à l'iodoforme et appareil occlusif antiseptique.

Pendant les trente-six premières heures consécutives à l'opération, encore quatre accès convulsifs tout à fait analogues au premier.

Il n'y eut de fièvre que du dixième au quatorzième jour, où se développa un érysipèle de la face. Elimination de lambeaux sphacélés du péricrâne et des couches superficielles de la dure-mère qui dès le quatrième jour était venue faire hernie par l'orifice du trépan.

La guérison de la plaie des parties molles retardée par des ruptures répétées de la cicatrice, ne fut terminée qu'au bout de deux mois.

Dès le douzième jour après la trépanation, disparition de la parésie de la motilité et de la sensibilité des doigts. La parésie faciale rétrocéda plus lentement. Le jour même de l'opération, le blessé fut pris d'amnésie de certains substantifs qui dura une huitaine, mais les troubles ataxiques de la parole

mauvaise articulation des polysyllables et des doubles consonnes) durèrent plus longtemps.

Quatre mois plus tard, réapparition de mouvements convulsifs dans la main et l'avant-bras droits, ce qui peut s'expliquer d'une part par un travail pénible à une haute température, d'autre part par les excès alcooliques dont cet homme est coutumier ; sa parole est d'ailleurs plus coulante.

XI. — Homme de 36 ans, à la suite d'un coup sur la tête, perte de connaissance pendant plusieurs heures. Il se met ensuite à errer de ci et de là et se présente à la clinique seulement quinze jours après l'accident. La plaie suppure et l'on constate une fracture du crâne avec enfoncement. Il y a de 'hémiplégie faciale gauche, de la paralysie du bras gauche et de l'affaiblissement du membre inférieur du même côté.

Trépanation plus d'un mois après la blessure : évacuation de deux cuillerées de pus. Rétrocession rapide des paralysies, de celle du bras droit d'abord. La hernie du cerveau qui s'est produite par l'orifice du trépan diminue graduellement.

Le meilleur traitement à lui opposer est une coiffe protectrice. Thiersch est l'adversaire soit de la réduction, soit de la cautérisation.

XII. — Brieger amène à la Société des médecins de la Charité de Berlin une fille de 18 ans qui, depuis six mois, éprouve par intervalles des vomissements, de vives douleurs dans la tempe droite et de la perte de connaissance. Elle a en outre une cécité complète, de l'anosmie, un exophtalmos droit et un peu d'hémiplégie gauche à la face et aux membres.

Les pupilles réagissent et l'ophtalmoscope montre de l'œdème des deux papilles.

Brieger demande si la trépanation n'est pas indiquée sinon pour extirper la tumeur au cas où elle serait sensible, du moins pour ponctionner l'hydrocéphalie.

Westphal ne croit pas l'opération justifiée, car, si l'existence d'une tumeur est vraisemblable, le siège en est douteux.

L'aspiration du liquide ventriculaire serait inefficace, car la reproduction en est rapide. D'ailleurs, de même que *Barledeben*, il estime qu'au point de vue du danger lié à l'opération, on ne saurait comparer la trépanation en cas de tumeur, où la dure-mère et le tissu cérébral sont sains au moins relativement, avec la trépanation par abcès traumatiques du cerveau. La blessure faite à une dure-mère intacte entraîne presque fatalement une méningite mortelle. J. B.

XIII. — Il s'agit d'un garçon de 15 ans, qui avait reçu dans la région fronto-temporale gauche un coup de pied de cheval qui lui avait fracturé le crâne. Après une perte de connaissance de deux heures, le blessé était resté comme étonné, avec une céphalalgie frontale gauche continuelle et une tendance invincible au sommeil. Une forte dépression du crâne existait au niveau de la fracture.

Deux mois plus tard, alors qu'il avait repris son travail, le blessé fut tout à coup pris d'hémiplégie droite avec accès convulsifs des membres de ce côté, accès se reproduisant 3 ou 4 fois par jour. Cet état dura 15 jours, puis tout disparut peu à peu, et pendant 5 mois la santé fut excellente, à part la céphalalgie et la somnolence.

Au bout de cette période, aggravation de la céphalalgie, accès convulsifs limités à la moitié droite du corps, et se renouvelant jusqu'à 10 et 14 fois par heure. Paralysie des mouvements du membre supérieur et du membre inférieur droits. Paralysie absolue des muscles de la région faciale inférieure droite. Sensibilité intacte. Pas d'incontinence de l'urine ni des matières fécales. Intelligence intacte, sauf pendant les accès épileptiformes. Aphasie complète.

Silvestrini pensa qu'une pachyméningite à marche lente avait suivi la lésion du crâne et donné naissance à une hémorragie. Celle-ci s'était révélée par les symptômes survenus deux mois après l'accident, et s'était résorbée. Mais, la pachyméningite continuant à suivre son cours, une nouvelle hémorragie plus grave s'était produite. Il en était résulté un caillot comprimant fort probablement la zone motrice corticale gauche du cerveau.

Après avoir déterminé la direction du sillon rolandique par une ligne qui, partant de la partie postérieure du bregma, venait aboutir au milieu de la ligne qui joint le conduit auditif à la suture fronto-zygomatique, l'auteur fit la trépanation. La dure-mère fut incisée en croix. Elle était épaissie, opaque et ramollie. Les autres méninges étaient saines. Au fond de la plaie, caillot dur, gris foncé, presque complètement organisé, se prolongeant au-dessus et en arrière de l'ouverture cranienne.

Après trois jours d'amélioration, apparition d'une méningite suppurative aiguë, qui emporta le malade en 48 heures.

A l'autopsie, on trouva deux abcès du cerveau, l'un situé au pied de la circonvolution frontale ascendante, l'autre au-dessous de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando.

L'auteur pense que ces abcès ne s'étaient développés que pendant les derniers jours de la vie. Quoi qu'il en soit, cette observation vient à l'appui de la doctrine des localisations cérébrales. GASTON DECAISNE.

XIV. — Homme de 45 ans, atteint depuis cinq ou six ans d'attaques épileptiformes sans perte de connaissance. Le 2 mai 1882, nouvel accès, avec perte de connaissance passagère, et affaiblissement consécutif des membres. A partir de ce moment, le malade se plaint d'une céphalée frontale continue, et d'une sensation constante d'engourdissement. Quinze jours plus tard éclate un grand frisson avec ascension thermique, embarras de la parole, mais sans paralysie. Le 22 mai, même frisson et gonflement léger au-dessous de la mâchoire inférieure. Les jours suivants, la tuméfaction sous-maxillaire augmente et l'on y sent de la fluctuation : l'examen du pharynx montre une saillie également fluctuante, en communication avec la collection sous-maxillaire ; une incision faite au point saillant de la région pharyngienne donne issue à deux onces de pus fétide.

Malgré cette évacuation, l'état général reste grave, l'apathie augmente, de nouveaux frissons surviennent, et l'on voit se produire graduellement de l'exophtalmie et du chémosis conjonctival. C'est au milieu de ces symptômes, et avec un coma croissant, que la mort arrive.

Autopsie : tumeur d'apparence encéphaloïde, occupant la ligne médiane au niveau de la selle turcique et attenante à la dure-mère. En soulevant l'encéphale, on trouve la fosse moyenne de la base du crâne remplie de pus, dont la source provenait d'un large abcès temporosphénoïdal : il pénétrait à plus d'un pouce dans l'intérieur du cerveau, lequel était ramolli et rompu. Il existait une double thrombose des veines ophtalmiques, et les sinus caverneux étaient remplis de pus, ainsi que les sinus pétreux supérieurs et inférieurs. La région rétropharyngienne était également le siège d'un vaste abcès, avec décollement du périoste. On reconnut une communication entre la collection intra-cranienne et l'abcès pharyngien par l'intermédiaire du canal carotidien : l'artère carotide et la veine jugulaire étaient englobées au milieu de la suppuration. H. R.

XV. — 1° Ouvrier de 28 ans, frappé à la tête le 12 mars 1881 par un outil de fer. Il perd connaissance, mais ne tarde pas à se relever. Le lendemain matin il éprouve un peu de faiblesse du bras droit, et le soir il a un accès convulsif avec perte de connaissance pendant 30 minutes. Entrée à l'hôpital le 17 mars. On constate que les mouvements du poignet et des doigts à droite

s'effectuent difficilement ; le bras est affaibli. Pendant la journée, plusieurs crises avec prédominance des convulsions à droite.

18 mars, parésie du facial droit. La paralysie du membre supérieur droit s'est accentuée, et il existe du même côté une diminution de la sensibilité. La plaie de tête, longue de 4 centimètres, est au niveau du pariétal droit; l'auteur l'agrandit par une incision cruciale et trouve dans l'os une solution de continuité de 2 centimètres de long à bords pointus, qu'il agrandit également. Il extirpe des esquilles qui sont implantées dans la substance cérébrale; la déchirure qu'elles ont faite à la dure-mère est élargie avec des ciseaux; il s'en écoule du pus et de la matière cérébrale. Ligature de quelques vaisseaux, lavage de la plaie, pansement de Lister. Le soir, pas de douleur. La parole, ralentie le matin, est plus rapide.

19 mars, même état; la plaie a peu suppuré.

20 mars, aux paralysies signalées s'ajoute celle du membre inférieur droit. Anesthésie de tout le côté; mort le 23 mars.

Autopsie. — Blessure de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante gauche; abcès s'étendant en avant dans la substance blanche du lobe frontal, profondément jusqu'aux ganglions centraux.

2° Serrurier de 31 ans, arrivant à l'hôpital avec plaie du front, fracture et blessure du cerveau. L'ethmoïde et la base du crâne sont fracturés; à chaque expiration, l'air pénètre dans les cellules ethmoïdales. Les paupières sont tuméfiées et ecchymosées à gauche. Lavage de la plaie, extirpation des esquilles, drainage. Le lendemain (18 décembre), le blessé a repris connaissance et prononce quelques mots; pas de fièvre.

Le 24 décembre, accès de delirium tremens (le malade est un grand buveur). Motilité et sensibilité intactes.

30 décembre, la plaie est en partie cicatrisée. Encore lenteur de la parole.

Le 17 janvier, la cicatrice est complète et le 15 février le blessé se trouve assez bien pour retourner à son travail. Il a conservé un peu de lenteur de la parole, il cherche parfois ses mots. Le centre de coordination de la parole semble donc atteint. On note aussi une diminution du sens de l'odorat. Ces infirmités sont le résultat de la lésion des lobes frontaux.

3° Barbier de 18 ans. Plaie par arme à feu ayant porté à 3 centimètres en arrière du conduit auditif gauche. On enlève plusieurs esquilles de la plaie. La balle n'est pas retrouvée.

Immédiatement après l'accident, le blessé a éprouvé du vertige, des bourdonnements d'oreille, des vomissements; il se plaint d'une douleur de tête qui siège en un point circonscrit du front à gauche. Il a une épistaxis par la narine droite. Ces différents signes, persistant pendant plusieurs mois après la guérison de la plaie, font croire à la possibilité d'une persistance de la balle dans la fosse frontale droite. L. GALLIARD.

XVI. — Femme de 50 ans, d'une famille de névropathes. Première attaque convulsive deux ans auparavant. Douze mois après, dérangement intellectuel, symptômes de manie, insomnie, tendance à la dépression mentale. Placée à l'asile d'aliénés, elle y éprouva bientôt une attaque qui lui laissa de l'embarras de la parole, de l'affaiblissement de la motilité. Actuellement, elle ne peut se tenir debout ni serrer les objets avec énergie. Le côté droit de la face est plus inerte que le gauche. La langue se meut difficilement, et ne peut être projetée au delà des arcades dentaires : les lèvres sont peu mobiles, la déglutition est gênée. Aucun trouble de la sensibilité, mais affaiblissement de la vision. Son intelligence est très déprimée, elle n'a aucune notion du temps, ne sait pas où elle est, quel est son âge ; elle répond à peine par monosyllabes.

Après une amélioration très notable pendant près de 2 mois, la malade retombe dans son état primitif : elle est devenue démente et lypémaniaque ;

la gêne de la déglutition s'est accrue. La mort survient après une convulsion épileptiforme.

Autopsie. — Cerveau tuméfié, injecté de sang, circonvolutions aplaties, substance blanche piquetée, ventricules distendus par la sérosité, y compris le 4e ventricule et l'aqueduc de Sylvius. Le plancher des ventricules latéraux est granuleux.

Une tumeur occupe en totalité la cavité du 3e ventricule : elle est ovoïde et bilobée, mesure 1 pouce 1/2 de longueur, et 3/4 de pouce d'épaisseur. Elle est molle, grisâtre, vasculaire, ressemblant à la substance grise du cerveau. Elle prend naissance au niveau du plancher du ventricule, d'où on la détache facilement, ce qui laisse une érosion superficielle, surtout marquée dans la moitié gauche du ventricule, vers sa partie antérieure.

Au microscope, il fut reconnu que la tumeur était un gliome à petites cellules embryonnaires.

Le reste de l'encéphale est sain, et les nerfs craniens ne paraissent point atrophiés ni malades. Les viscères sont tous congestionnés ; l'urine renferme de l'albumine et du sucre.

Cette tumeur expliquait bien la plupart des symptômes : la dysphagie, les troubles respiratoires (qui parfois prenaient le type de Cheyne-Stokes) les poussées vasomotrices subites qui se faisaient sur le visage, enfin la glycosurie. La compression du bulbe produisait des troubles paralytiques, l'irritation des ventricules et leur hydropisie étaient en rapport avec la stupeur et les désordres psychiques. Le point le plus intéressant fut la rémission considérable des symptômes qui se montra pendant plus d'un mois. Burney Yeo cite un fait analogue. (*Brain*, t. I, p. 273.) H. R.

XVII. — Femme de 31 ans, ayant eu successivement depuis 3 ans des douleurs de tête, des vertiges, une démarche titubante sans impulsions ou attitudes irrésistibles, de l'amaurose par atrophie papillaire, une surdité presque absolue, enfin de la paralysie des muscles de la déglutition et de la respiration.

A l'autopsie, fibromyxosarcome gros comme une noix, partant du pédoncule cérébelleux moyen gauche et ayant refoulé et distendu ce pédoncule, la protubérance, le cervelet et le bulbe. Dilatation de tous les ventricules, principalement du 3e, distension des bandelettes optiques et du chiasma. Atrophie des nerfs optiques.

XVIII. — Homme de 54 ans ; après avoir offert pendant plusieurs années des douleurs sur le trajet du sciatique gauche et de la claudication, il eut plus tard de la céphalalgie, de l'engourdissement et des fourmillements dans la moitié gauche de la face et dans les membres gauches, puis des attaques convulsives épileptiformes précédées d'une aura (fourmillement dans l'une des extrémités et suivies de trépidation des membres inférieurs avec sensation de raideur et de chute imminente. 4 de ces accès se terminèrent par du coma qui dura 1 ou 2 jours.

Les réflexes tendineux étaient exagérés du côté gauche et le pied offrait la trémulation épileptoïde. Les membres gauches étaient parésiés et contracturés au point que le talon gauche touchait la fesse et que l'avant-bras était fléchi. Pas de troubles de la sensibilité. Diplopie, surdité, troubles de la gustation, perte de la mémoire; céphalalgie frontale, vertiges. Jamais de vomissements.

Dans les derniers mois de la vie, état de démence ; mort par escarres qui déterminèrent une méningite rachidienne suppurée.

Autopsie. — Périencéphalite diffuse. Gliosarcome occupant toute la partie postérieure de la couche optique droite, entourant cette extrémité ainsi que la queue du corps strié (dont la capsule et les noyaux sont sains) et s'étendant

dans le lobe occipital jusqu'à la partie postérieure de l'insula qui était indemne; en bas la tumeur avait envahi l'étage inférieur du pédoncule cérébral droit.

Mais le fait le plus intéressant est l'absence de toute dégénérescence descendante de la protubérance, du bulbe et de la moelle, malgré l'exagération des réflexes tendineux du côté opposé, la trémulation épileptoïde et la contracture.

XIX. — Le travail de Huguenin a pour but de montrer que l'existence d'une anosmie double dans le cours d'une tumeur cérébrale ne permet pas davantage de localiser le siège de l'affection que l'existence d'une amaurose ou d'une surdité latérales, parce que ces troubles sensoriels ne résultent pas nécessairement de la compression directement exercée par la tumeur. L'atrophie des nerfs olfactif, optique et acoustique peut provenir en effet d'une tumeur agissant à distance par une méningite dont les produits étreignent les nerfs. Huguenin cite à l'appui un fait suivi d'autopsie.

Ivrogne de 56 ans, sans aucun antécédent morbide. Début par céphalalgie surtout frontale, d'abord périodique, puis continue ; au bout d'une quinzaine, vomissements. Puis faiblesse croissante des membres gauches avec perte du sens musculaire seul. Affaiblissement de la mémoire ; démence sénile.

A la fin du 4e mois de la maladie, un mois avant la mort, Huguenin constate l'état suivant : hémiplégie gauche, diminution de l'ouïe et de la vue (névrite descendante, effacement des contours de la papille, qui est rouge et un peu surélevée) perte absolue de l'odorat. Parésie du facial et de l'hypoglosse gauches. Pupilles et muscles de l'œil indemnes.

Puis le malade devint gâteux ; l'hémiplégie gauche de la motilité et de la sensibilité devint complète ainsi que la cécité. L'état de l'ouïe n'empira pas ; le goût était conservé et la parole intacte, sauf la lenteur. Dans les 3 dernières semaines, 5 ou 6 accès convulsifs dans la moitié gauche de la face et et du corps, sans perte de connaissance. Mort dans le marasme.

Autopsie. — Injection et fausses membranes récentes de la dure-mère. Hémisphère droit un peu plus volumineux, au niveau du lobe temporal.

A la base de l'encéphale, depuis le bord antérieur de la protubérance jusqu'au delà du chiasma, épaississement considérable et opacité de la pie-mère avec oblitération des espaces sous-jacents. Le chiasma est enveloppé par un tissu conjonctif résistant. Mêmes lésions à la face inférieure du lobe frontal. La pie-mère enflammée a pris l'aspect granuleux de l'épendyme en cas d'hydrocéphalie chronique.

Les lobes olfactifs sont littéralement enveloppés dans un tissu conjonctif épais et sont grêles. Les troncs olfactifs sont à peine visibles à la loupe et leur racine externe n'est reconnaissable qu'avec beaucoup de peine, une fois la pie-mère enlevée. Enfin, les bulbes olfactifs, également englobés par du tissu conjonctif épais, sont considérablement atrophiés et indurés.

Le lobe temporal droit renferme une tumeur sarcomateuse de 5 centimètres de haut sur 6 de large, isolée du tissu cérébral par une zone de ramollissement jaune où se voient quelques petits épanchements sanguins. Œdème inflammatoire de la base du noyau lenticulaire et du pied du pédoncule. En dedans, la tumeur a réduit à une fente très étroite la cavité de la corne inférieure qu'elle comprime de même que la circonvolution de l'hippocampe et de la corne d'Ammon qui sont atrophiées. La bandelette optique droite est également un peu plus grêle que la gauche.

Tous les ventricules, à l'exception de la corne inférieure droite oblitérée, sont distendus par de la sérosité. Granulations épendymaires, épaississement des plexus choroïdes. Légère atrophie du pédoncule et de la pyramide du côté droit. Pas trace de compression de la grande veine de Galien.

A l'occasion de l'article précédent, Quincke publie le fait ci-dessous, qui montre que l'atrophie des nerfs des sens spéciaux n'est pas toujours liée à une méningite, comme semble l'admettre Huguenin, dès qu'il n'y a pas compression directe par une tumeur.

Homme de 21 ans ayant reçu en novembre 1876 un coup de couteau sur la tête, sans perdre connaissance. Au bout d'une quinzaine, céphalalgie et vomissements ; 8 jours plus tard la plaie était guérie.

Mais à la fin de janvier 1877, surviennent des attaques convulsives très douloureuses dans tous les membres et sans perte de connaissance.

A la fin d'avril, les douleurs de tête obligent cet homme à cesser son métier. Depuis il a éprouvé un affaiblissement général, de l'incertitude de la marche et de la diminution croissante de la vue qui a fini par une amaurose complète.

A la fin de juin, au moment de son admission à l'hôpital, il ne peut se tenir debout ni marcher sans aide ; il existe de la tendance à tomber en arrière. Les mouvements des 2 membres supérieurs sont faibles et incertains. Sensibilité cutanée intacte. Pupilles paresseuses et modérément dilatées. Papilles hypertrophiées et voilées avec dilatation et flexuosités veineuses, hémorragies capillaires sur la papille gauche ; à droite le trouble de la rétine est plus marqué. L'odorat est entièrement perdu des deux côtés. Le goût et l'ouïe sont indemnes.

Vertiges continus même au lit, ainsi que la céphalalgie qui occupe surtout le vertex et le front.

Entre la bosse pariétale gauche et la ligne médiane, se voit une cicatrice longue de 2 centimètres, non adhérente, mais douloureuse à la pression.

Pendant les 15 jours de son séjour à l'hôpital, le malade a une dizaine d'accès convulsifs, tantôt cloniques, épileptiformes, tantôt toniques, pendant lesquels il garde sa connaissance et pousse des cris de douleur. Ces accès durent quelques minutes.

Urine, tantôt acide, tantôt alcaline et contenant beaucoup de phosphate calcaire.

Le 13 juillet, on trouva cet homme mort dans son lit quelques heures après une légère attaque de convulsions.

Autopsie. — Kyste du cervelet comprimant la face inférieure du vermis, pénétrant dans l'hémisphère cérébelleux gauche et aplatissant le plancher du 4° ventricule qu'il dilatait.

Hydrocéphale considérable et épaississement de l'épendyme des 3 premiers ventricules.

Aplatissement des circonvolutions et effacement des espaces arachnoïdiens.

Aplatissement considérable des troncs et plus encore des bulbes olfactifs.

Pas d'épaississement inflammatoire de la pie-mère.

Ostéophytes craniens.

XXI. — Ce volumineux mémoire, qui s'écarte beaucoup trop du ton habituel de la discussion scientifique, est une attaque en règle contre la doctrine des localisations motrices dans l'écorce du cerveau. L'auteur cherche à prouver : 1° que les méthodes expérimentales employées par les localisateurs sont vicieuses et leurs résultats mal interprétés ; 2° que les expériences de contrôle instituées par les esprits non prévenus ont toutes donné des résultats négatifs ; 3° que les faits cliniques eux-mêmes sont ou en désaccord ou en contradiction absolue avec les lois posées par l'école de la Salpêtrière. — Il est regrettable que ce travail, écrit avec un réel talent d'exposition, porte l'empreinte d'un parti pris qui lui enlève toute valeur.

Dans son ardeur à démontrer la fausseté (ou suivant son expression

favorite l'*absurdité*) des idées de Hitzig, de Ferrier, de Charcot, l'auteur a perdu de vue toutes les règles de l'impartialité scientifique : non content d'attribuer à la doctrine des localisations un sens et une portée qu'elle n'a jamais eu, non content de rééditer la confusion souvent signalée entre la physiologie de l'homme et celle du chien ou du lapin, Marcacci est allé chercher des arguments cliniques dans Pinel et dans la clinique d'Andral ! Ce n'est pas par de tels procédés qu'on avancera beaucoup la discussion. H. BARTH.

XXII. — 1° Femme de 67 ans; hémiplégie droite avec contracture permanente. A l'autopsie, intégrité de toute la partie gauche du myélencéphale; dans l'hémisphère droit, foyer ocreux linéaire sur la face externe du putamen (coupe frontale ascendante) et foyer de ramollissement cortical sur le lobule fusiforme.

2° Homme de 61 ans. Hémianesthésie gauche incomplète sans participation des sens spéciaux. A l'autopsie, aucune lésion du faisceau sensitif; léger foyer de ramollissement au niveau de l'extrémité de la corne postérieure du ventricule latéral droit. Petits foyers de méningo-encéphalite disséminés sur les lobes frontaux et occipitaux des deux côtés en dehors de la zone motrice.

Observation complexe peu probante. L. D.-B.

XXIII. — Femme de 65 ans. A la suite d'une attaque d'apoplexie, constriction des mâchoires, qui ne peuvent être écartées l'une de l'autre. Pas de déviation sensible d'une des commissures labiales; ni la face ni les yeux ne sont déviés; les pupilles sont égales et mobiles; les mouvements des yeux et des paupières paraissent normaux. Hémiplégie gauche complète pour le membre supérieur, incomplète pour le membre inférieur. Flaccidité. Pas de troubles de la sensibilité. Le trismus persista jusqu'à la mort, qui arriva le quatrième jour. A l'autopsie, on trouva un foyer hémorragique du volume d'un petit œuf de pigeon sous-jacent à la substance grise de l'insula et du pied de la circonvolution frontale ascendante.

M. Lépine a pu réunir diverses observations analogues dues à Seeligmüller, Pétrina, Gerhardt, Senator, Oulmont; il en conclut que ce trismus consécutif à une attaque d'apoplexie a une grande valeur séméiologique, surtout lorsqu'il s'y joint de l'aphasie ou une monoplégie brachiale. Dans ces cas, on doit penser à une lésion avoisinant le lobule de l'insula ou le pied de la circonvolution frontale ascendante. C. GIRAUDEAU.

XXIV. — 1° Arthur Gr..., de famille tuberculeuse, s'est bien développé jusque vers la fin de sa première année. L'enfant a alors commencé à maigrir, à présenter des accidents convulsifs (secousses dans les membres, grincements de dents), vomissements à plusieurs reprises. Spina-ventosa à plusieurs phalanges. Un peu plus tard les accidents convulsifs s'accentuent et se renouvellent presque tous les jours sous forme de contractions toniques des extenseurs des membres, avec agitation des globes oculaires. Parésie légère des muscles innervés par la branche inférieure du facial, à droite; ptosis à gauche, de courte durée. Pas de paralysie dans les membres. Pouls irrégulier par moments, très variable comme fréquence (108-132). Mort au bout de quatre mois; quelques jours avant, la tête avait été agitée par des secousses convulsives immédiatement après les attaques de convulsions toniques.

Autopsie. — Tumeur bosselée du volume d'une noix occupant la moitié gauche du bulbe dans toute sa longueur. Son diamètre antéro-postérieur mesurait 19 millimètres; son diamètre transversal de 16 à 17 millimètres. C'est au niveau du *calamus* que le néoplasme atteignait sa plus grande largeur, dépassant à ce niveau les limites naturelles du bulbe. La moitié gauche du bulbe allongée décrivait un arc de cercle autour de l'autre moitié. Le néoplasme était entouré d'une zone mince de ramollissement qui rendait impossible d'obtenir des coupes portant à la fois sur la substance cérébrale et sur le bulbe.

Heubner insiste sur le contraste qui s'est révélé dans ce cas entre l'étendue des lésions découvertes à l'autopsie et le peu d'importance des symptômes observés du vivant du malade. Pour expliquer l'absence de paralysie motrice, il faut admettre ou bien que le nombre des fibres croisés contenues dans la moitié droite, intacte, du bulbe était suffisant pour assurer la transmission des incitations volontaires aux deux moitiés du corps, ou bien que la moitié gauche du bulbe, détruite sur presque toute son épaisseur, renfermait encore des fibres motrices aptes à assurer la transmission.

2° Tubercules multiples. Rien de bien particulier.

3° Un enfant de deux ans et demi est pris subitement de convulsions le 7 mai 1881. Les accidents convulsifs persistent pendant quatre heures. Puis l'enfant reste bien portant jusqu'au 7 juin suivant, à ce moment, il devient maussade, se plaignant de douleurs de tête et de ventre, de souffrances en urinant. Le 21 juin, et pendant les trois jours suivants, le malade eut des vomissements répétés. Il maigrissait beaucoup et se plaignait sans cesse. Le 25 juin, de 6 à 7 heures du soir, il eut plusieurs accès de convulsions. Pouls irrégulier (90). Le pouls ne devint rapide qu'à partir du 28 juin, et sa fréquence atteignit jusqu'à 164. A partir de ce moment, fièvre modérée. Température, 38°,3 à 39°). Le 28 juin, la tête est déviée à gauche, par suite d'une contracture des muscles de ce côté. Le bras gauche est également dans une position forcée par contracture des fléchisseurs. Pas de paralysie des membres. Légère parésie dans les muscles innervés par la branche inférieure du facial à droite. L'enfant se plaint souvent de douleurs dans les dents, dans la joue, sur le dos du nez à droite, dans le bras gauche. Par moments, fixité du regard. Rougeurs fugaces; douleurs en urinant. Dans la nuit, grande agitation, délire, épistaxis abondante. Émission involontaire d'urine. Le 30 juin au soir l'enfant succombe, après avoir eu des convulsions à plusieurs reprises.

A l'autopsie, on trouve les ventricules latéraux distendus par une sérosité claire, et à la base des tubercules miliaires disséminés dans la pie-mère, sans réaction inflammatoire. Dans le cervelet, un tubercule jaune, caséifié, du volume d'une noisette, occupant la moitié antérieure du vermis supérieur, un petit tubercule solitaire, de formation récente, dans la coiffe (haute) du pédoncule cérébral, à droite, immédiatement au-dessous du tubercule quadrijumeau postérieur entre le pédoncule cérébelleux supérieur, la bandelette de Reil et la section transversale du faisceau de Meynert.

C'est de ce tubercule, déjà ancien, logé dans le cervelet, que l'auteur fait dépendre les accidents convulsifs. Le tubercule logé dans la coiffe rendrait compte des troubles de la motilité et de la sensibilité, contracture des muscles du cou et du bras, douleurs dans la joue et les dents, douleurs en urinant, etc., qui sortent du cadre des symptômes de l'hydrocéphalie. La fixité du regard noté dans les derniers temps est attribuable à la destruction de la *formatio reticularis*. E. RICKLIN.

XXV. — Ce travail, basé sur un nombre considérable d'observations, vient confirmer celui publié par les auteurs dans la *Revue mensuelle* de 1877. La théorie des localisations cérébrales y est défendue avec énergie, et les observations contradictoires soumises à une critique des plus serrées. Les conclusions de ce mémoire sont que l'écorce cérébrale peut se diviser en deux parties distinctes : l'une, motrice, comprenant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, ainsi que le lobule paracentral; l'autre, non motrice, représentée par les autres circonvolutions cérébrales. C. GIRAUDEAU.

XXVI. — Giovanna R..., âgée de 13 ans, d'une famille de tuberculeux et

présentant elle-même des symptômes de tuberculose pulmonaire, commença à éprouver au mois d'août des phénomènes de strabisme, les yeux se tournaient fortement du côté gauche, la tête était légèrement tournée du même côté. Lorsqu'elle veut regarder à droite, les yeux ne peuvent pas dépasser la ligne médiane. Les autres mouvements sont normaux ; pas de diplopie. Pas d'autres signes de paralysie à la face, au tronc et aux membres.

La malade ayant succombé à la phtisie pulmonaire, l'autopsie montra au niveau du collet du bulbe un nodule arrondi jaune grisâtre, saillant sur la section, situé à deux millimètres de la ligne médiane, distant d'environ sept millimètres de la surface antérieure du bulbe et touchant presque la surface du quatrième ventricule, à sa partie postérieure, et proéminent dans cette cavité. Ce nodule tuberculeux a à peu près le volume d'un haricot ; à son niveau, les barbes du calamus scriptorius ont complètement disparu dans la moitié droite du bulbe.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait bien d'un tubercule ; d'ailleurs les lésions constatées dans le poumon et l'intestin ne laissaient aucun doute à cet égard.

Malgré les lacunes importantes de l'observation, l'auteur l'a publiée à cause de la rareté de ces faits. Graux en a rassemblé cinq dans sa thèse inaugurale ; depuis, Poulin en a publié une sixième, mais celle que rapporte de Vincentiis est la seule dans laquelle n'aient jamais été relevés de phénomènes dus à la tumeur cérébrale. Il n'y a pas eu de paralysie des autres parties du corps, si ce n'est la parésie des muscles du côté droit du cou.

F. BALZER.

XXVII. — Homme de 25 ans, entré à l'hôpital le 18 août 1882. Cinq mois auparavant, il avait commencé à avoir de la céphalalgie et de la diplopie, et des vomissements de loin en loin ; depuis trois semaines, sa paupière gauche était paralysée, et il avait eu une série d'attaques épileptiformes.

A son entrée, c'est un homme de chétive apparence, dont la mémoire et l'intelligence sont assez obtuses. Il n'est point paralysé, mais il marche mal, d'une façon incertaine : il se plaint d'une céphalée diffuse. Sa vue n'est pas abolie, mais très diminuée. Il existe une double névrite optique, ainsi qu'un peu de nystagmus, et une paralysie complète de la 6e paire (droit externe). La force est diminuée dans le membre supérieur droit. Aucun trouble de la sensibilité, réflexes normaux.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade présenta quelques attaques épileptiformes (rotation de la tête du côté droit, convulsions cloniques d'abord généralisées, puis unilatérales droites, dilatation des pupilles). Dans la suite, le strabisme interne s'accentua et s'étendit aux deux yeux : la région occipitale devint sensible à la pression, et la station debout fut presque impossible. Les réflexes rotuliens se supprimèrent. Dans les derniers jours de sa vie, le malade était tout à fait aveugle, et les convulsions épileptiformes se répétaient incessamment.

A l'autopsie, on trouva une tumeur molle, vasculaire, d'un pouce et demi de diamètre, à la région postérieure du lobe droit du cervelet. Les ventricules étaient distendus par de la sérosité, les tubercules quadrijumeaux, le bulbe et la moelle cervicale étaient déviés et comprimés par la tumeur (ce qui expliquait l'affaiblissement paralytique du bras droit). L'ophtalmoplégie externe était probablement due à la compression des tubercules quadrijumeaux.

H. R.

XXVIII. — Homme de 37 ans, présentant à son entrée les deux phénomènes suivants : douleur à la région occipitale, depuis un an et demi, titubation ébrieuse. 15 jours après, il tombe dans un état d'accablement qui va en croissant jusqu'à la mort ; puis il présente une légère hémiplégie ; enfin il

succombe au bout de trois jours, après avoir eu pendant deux heures la respiration de Cheyne-Stokes.

Autopsie. Tumeur de la grosseur d'une noix, mollasse, rougeâtre à la coupe, située entre les pédoncules cérébelleux supérieurs, en arrière de la protubérence, adhérente à des débris de la valvule de Vieussens. De la tumeur solide part un prolongement kystique qui refoule les lobes latéraux du cervelet, surtout le lobe moyen.

Cette observation montre l'exactitude de l'opinion de Nothnagel, qui attribue la titubation ébrieuse à une destruction du lobe moyen du cervelet. L. D.-B.

XXIX. — Homme de 49 ans ; 7 ans avant sa mort, attaque subite avec perte de connaissance, puis hémiplégie droite et aphasie temporaires. La gêne de la langue et la faiblesse des membres du côté droit persistèrent encore longtemps. Dans les années ultérieures, il y eut de nouvelles atteintes passagères de la motilité de la main droite.

Plus tard, survinrent de l'aphasie amnésique partielle, de la diminution de la mémoire, une démence progressive mêlée de périodes d'excitation et d'idées de persécution.

Mort par rupture d'un anévrisme aortique.

Autopsie. Embolie de l'artère lenticulostriée gauche qui a entraîné le ramollissement de la tête du noyau caudé, de la jambe antérieure de la capsule interne avec intégrité du genou, enfin du segment antérieur du noyau lenticulaire et de la capsule externe.

L'épendyme épaissi qui revêtait cette vaste perte de substance n'était séparé que par un petit kyste de la pie-mère des deux circonvolutions antérieures de l'insula également ramollies. Épendimyte ventriculaire intense avec production d'excroissances. Le segment médian du pied du pédoncule cérébral et les faisceaux longitudinaux moyens du pont de Varole situés entre les fibres transversales présentaient du côté gauche une dégénérescence descendante et de l'atrophie.

Tuczek fait remarquer l'importance d'une hémiplégie passagère sans troubles spasmodiques secondaires pour le diagnostic des lésions de la région antérieure des ganglions centraux sans destruction des voies pyramidales. J. B.

XXX. — Ce travail est une revue critique destinée à défendre l'opinion antérieurement soutenue par Galvagni, que le rapport qui existe entre l'hémichorée-præ- et posthémiplégique et la localisation dans les couches optiques. L'auteur résume tous les faits à l'appui de sa thèse et les condense dans un tableau. Sur 32 cas, il en relève 25 en faveur de sa théorie et seulement 7 contraires.

Il revient aussi d'une manière spéciale sur cet état d'ataxie dans les mouvements volontaires des membres affectés de spasme, qu'il a trouvé plusieurs fois indiqué par les auteurs et qu'il désigne du nom d'hémiataxie posthémiplégique ou postapoplectique. Cet état a été surtout bien observé par Gowers et Grasset, et avant ces auteurs par Raymond et Galvagni. Le cas de Grasset est le plus remarquable, cet auteur ayant observé le phénomène à l'état isolé. F. BALZER.

XXXI. — Le malade était un phtisique qui fut atteint brusquement pendant la nuit de paralysie du mouvement des quatre derniers doigts avec intégrité des mouvements du pouce : la motilité de l'avant-bras ainsi que celle du bras était intacte. Il en était de même de la sensibilité. La mort eut lieu le lendemain. A l'autopsie, on trouva pour expliquer la paralysie quatre grosses granulations tuberculeuses formant une masse du volume d'une très grosse len-

tille située dans le sillon qui sépare la circonvolution pariétale ascendante du lobule pariétal, à peu près sur une ligne horizontale qui passerait par le pied de la deuxième frontale. La substance cérébrale à ce niveau était non pas détruite mais déprimée. C. GIRAUDEAU.

XXXII.—Strassmann rapporte l'observation d'un malade qui présentait une hémianesthésie gauche avec grande diminution des sensations de tact, de température, de lieu, de pression, de chatouillement, tandis que les sensations douloureuses persistaient. L'auteur croit devoir rapporter ces troubles à un ramollissement du corps strié droit, mais le malade avait en même temps des lésions de sclérose en plaques. M. DEBOVE.

XXXIII. — Enfant de 3 ans. Début 9 semaines avant l'entrée à l'hôpital par un tremblement qui, commençant par les doigts de la main gauche, ne tarda pas à s'étendre à tout le côté gauche du corps.

Une semaine plus tard survint une paralysie totale du moteur oculaire commun droit.

Le tremblement ne durait que pendant la veille et s'accompagnait d'une contracture du coude et du genou n'empêchant pas l'extension mais se reproduisant aussitôt qu'on lâchait le membre.

L'enfant contracta coup sur coup à l'hôpital une scarlatine, puis une rougeole qui se compliqua du croup auquel il succomba malgré la trachéotomie.

Henoch avait diagnostiqué un tubercule de la protubérance.

L'autopsie révéla la présence d'un tubercule solitaire dans l'épaisseur du pédoncule cérébral droit.

Le nerf moteur oculaire commun était réduit à un filament grisâtre.

XXXIV. — Cultivateur robuste âgé de 28 ans ayant encore ses parents ; 7 de ses frères et sœurs sont morts en bas âge. Pas d'antécédents vénériens, alcooliques ou traumatiques. Pas d'autre maladie antérieure qu'une fièvre typhoïde, il y a 12 ans.

Il y a une quinzaine de jours, il est pris tout à coup de vomissements bilieux et d'une céphalalgie temporale droite qui interrompt souvent son sommeil. Depuis lors ces phénomènes n'ont pas discontinué. Pouls lent et régulier. Légère trémulation linguale. Force musculaire conservée. Sensibilité générale et spéciale intactes. Pas de troubles de la marche. Rien de fixe du côté des pupilles.

3 semaines après le début, le malade présente pendant quelques jours de la fièvre, du délire, de l'irrégularité du pouls.

Puis la céphalalgie s'étend, l'autre côté du crâne formant comme une barre à travers la tête, la commissure latérale droite est un peu abaissée, l'évacuation et l'affaiblissement deviennent considérables.

Mort dans le coma 3 mois après les premiers symptômes du mal.

Autopsie bornée au cerveau. Dans le tiers postérieur du ventricule latéral droit et dans la substance blanche du lobe pariétal, se prolongeant jusqu'au lobe occipital, gliosarcome, injecté par place, long de 7 centimètres, large de 6 et haut de 5. J. B.

XXXV. — Voici deux cas de tumeur du cervelet dont le diagnostic a été fait pendant la vie.

1° Réserviste de 26 ans, bien portant jusqu'en 1869. Au mois de septembre de cette année surviennent sans cause appréciable des accès de vertige avec diminution de l'intelligence, tremblement des membres, douleurs violentes aux tempes et à l'occiput, et vomissements bilieux. Ces accès se renouvellent d'abord deux fois par jour, puis ils apparaissent seulement toutes les semaines ou tous les quinze jours. Au mois d'octobre, diminution de l'acuité visuelle ; le sujet perd bientôt la faculté de distinguer la lumière des ténèbres. En no-

vembre, affaiblissement de l'extrémité inférieure gauche, puis parésie de la droite sans douleurs, sans fourmillements.

Le sujet entre à l'hôpital le 5 août 1870. On constate qu'il a un peu perdu la mémoire. Il n'accuse ni céphalée ni vertige. Pas de contracture. Parésie des membres inférieurs seulement et asymétrie faciale. Atrophie des deux papilles. Sensibilité générale partout conservée. Le malade a de la tendance à se porter à droite et subit une sorte d'attraction de ce côté.

L'auteur diagnostique : tumeur du cervelet.

10 août. Élévation de la température, évacuations involontaires. Respiration de Cheyne-Stokes. Pouls irrégulier. Vomissements, subdelirium. Dans la suite, les signes nerveux s'accentuent, et la tuberculose pulmonaire survient.

Mort le 9 janvier 1871.

Autopsie. Exostoses multiples à la face interne de l'occipital; dépressions au niveau des pariétaux et du frontal. Dans l'hémisphère gauche du cervelet s'est développée une tumeur ronde, dure et homogène qui a 7 centimètres de diamètre et ne laisse subsister qu'une faible portion de la substance nerveuse; elle est recouverte partiellement par les méninges épaissies et adhérentes.

Hydropisie des ventricules du cerveau.

Tubercules de l'intestin grêle. Tuberculose chronique des deux poumons.

D'après l'examen histologique, la tumeur du cervelet est constituée par les éléments du sarcome.

2° La seconde observation est remarquable par la netteté de l'entraînement latéral.

Franz W..., 42 ans, éprouve pour la première fois en 1878 du vertige avec propulsion à gauche. Trois mois plus tard, second accès suivi de plusieurs autres dans lesquels le malade se plaint de sifflements de l'oreille gauche, de douleurs très vives et d'entraînement latéral gauche si prononcé qu'il est obligé de chercher un appui et qu'il choque les personnes qui passent à côté de lui.

Au printemps de 1880, à la suite d'un accès, il a des secousses convulsives de la face à gauche, avec tension et raideur des muscles de la nuque du même côté. Plus tard les accès se multiplient, les douleurs de tête augmentent, la vue se trouble.

Le sujet entre à l'hôpital le 18 juillet 1881. Nystagmus, atrophie des deux papilles. Surdité complète à gauche. Pas de troubles de la sensibilité générale. Les mouvements sont lents, la marche pénible. Les muscles du cou sont douloureux. Quand on cherche à provoquer la rotation de la tête vers le côté droit, on détermine un accès vertigineux, avec chute à gauche, tremblement et contractions des extrémités. Pendant la marche, on est obligé de soutenir le malade à gauche pour l'empêcher de tomber de ce côté. Il peut à peine rester assis quelques secondes sans soutien.

Diagnostic : Tumeur de l'hémisphère cérébelleux gauche.

Mort le 16 août 1881.

Autopsie. Tumeur de 4 centimètres de diamètre siégeant sur la moitié gauche du pont de Varole et sur l'hémisphère gauche du cervelet et paraissant s'être développée dans la pie-mère. Hydropisie des ventricules latéraux, carie du rocher du côté de la tumeur. Tuberculose légère des sommets.

La tumeur est un sarcome à cellules fusiformes. L. GALLIARD.

XXXVI. — K..., entre à l'hôpital le 10 mai, présentant une atrophie de la moitié gauche de la face, avec rétraction musculaire, le globe de l'œil porté en haut et en dedans; il y a de plus hémianesthésie incomplète dans tous ses modes, sensitive et sensorielle : il porte une tuméfaction considérable sur la partie latérale gauche du cou, derrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire, dont le début remonte à deux mois et demi. D'après les renseignements fournis alors, il aurait éprouvé trois ans auparavant une céphalalgie

intense, générale, avec exacerbations, surtout à gauche ; au bout de 18 mois était survenue la paralysie faciale, accompagnée de troubles de la vue et de l'ouïe. 4 semaines avant son entrée à l'hôpital, il aurait rendu de petites poches, comme des grains de raisin, par la bouche ou par le nez.

Le diagnostic de tumeur hydatique fut alors posé, confirmé par l'expectoration de quelques vésicules, quinze jours plus tard. Cependant la tumeur, étant devenue fluctuante et douloureuse, fut incisée derrière le bord postérieur du sterno mastoïdien et il s'en échappa une cinquantaine de vésicules hydatiques ; la poche s'étendait profondément derrière la partie supérieure du pharynx ; depuis le 15 octobre la plaie restée fistuleuse ne laisse plus sortir de vésicules, mais le malade en rend encore par le nez et la bouche.

L'auteur établit que si la tumeur s'est manifestée à la partie supérieure et profonde du cou, elle avait antérieurement amené des troubles de paralysie dans la sphère des nerfs craniens (facial, trijumeau, moteur oculaire commun). La tumeur serait donc intra-cranienne, mais rien ne prouve qu'elle soit cérébrale ; sans doute elle siège dans l'épaisseur du sphénoïde. H. L.

I. — Contribution à l'étude des tumeurs de quatrième ventricule, par SPILLMANN et J. SCHMIDT (*Arch. gén. de Méd., août* 1882).

II. — Ein Fall von sehr tiefer Erniedrigung der Körpertemperatur (Cas d'abaissement très considérable de la température à la suite d'une hémorragie bulbaire, etc.), par C. LEMCKE (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd XXXIV, Heft* 1, 1883).

III. — Symptômes de paralysie bulbaire dus à la présence d'une tumeur cancéreuse secondaire de la base du crâne, par Hughes BENNETT (*Brit. med. journ. février* 1883).

IV. — Trois cas de lésions intra-craniennes affectant le bulbe, par ST. MACKENZIE (*Ibid., mars* 1883).

V. — Tumour of medulla oblongata, par G. JOHNSON et FERRIER (*Ibid., octobre* 1883).

VI. — Tumour of left side of Pons Varolii with hyperpyrexia, par Ridge JONES (*Ibid., octobre* 1883).

VII. — Contribution à l'étude des lésions du bulbe consécutives à la méningite chronique, par G. HAYEM et GIRAUDEAU (*Revue de Méd.* 1883).

VIII. — Ein Fall von multipler halbseitiger Hirnnervenlähmung (Cas de paralysie unilatérale de plusieurs nerfs craniens), par BAMBERGER (*Wien. med. Woch., n°* 5, 1883).

IX. — De la thrombose de l'artère basilaire, par LEYDEN (*Zeitschr. f. klin. Med.* 1882).

X. — Fait de glossoplégie gauche avec recherches expérimentales sur la sensibilité du grand hypoglosse, par LEWIN (*Char. Annal. Jahrg. VIII, p.* 603).

XI. — Un cas d'affection du trijumeau. Contribution à l'étude de l'ophtalmie neuroparalytique, du trajet des nerfs olfactifs, de la corde du tympan et des tuméfactions articulaires intermittentes, par SENATOR (*Arch. f. Psych. und Nervenkrankh Bd XIII, Heft* 3, 1883).

XII. — Étude anatomique et clinique sur la paralysie labio-glosso-laryngée, par DÉJERINE (*Arch. de Phys.*, *n°* 6, 1883).

XIII. — Zwei Fälle acuter Bulbär-Myelitis, par Paul ETTER (*Corresp.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er *décembre* 1882).

I. — Ce travail est tiré de 31 observations dont une personnelle et inédite. On peut diviser les tumeurs du quatrième ventricule en deux classes : les unes, nées dans les organes environnants, protubérance, bulbe, cervelet, etc., arrivent, en se développant, à faire saillie dans la cavité du ventricule, parfois même à la combler. Les autres prennent naissance sur l'épendyme et les plexus choroïdes, et remplissent le sinus avant d'aller comprimer ou détruire les parties voisines. Cette distinction n'est du reste justifiée qn'au point de vue anatomique. Les tumeurs qui prennent directement naissance dans la 4e ventricule se développent soit aux dépens des plexus choroïdes (ce sont des papillomes ou des épithéliomes), soit aux dépens du tissu connectif sous-jacent à l'épendyme (sarcomes mous, gliomes, fibromes). Il faut citer à côté de ces tumeurs les cysticerques, les syphilomes, les tubercules. L'observation des auteurs a trait à une tumeur de la grosseur d'un œuf, constituée histologiquement par des cellules épithéliales polygonales avec détritus granuleux et cristaux de cholestérine.

Les tumeurs du ventricule déterminent le plus souvent des lésions des organes avoisinants. Tantôt elles ne font que les comprimer ou les refouler ; ailleurs, elles détruisent ou envahissent le cervelet, la protubérance, les tubercules quadrijumeaux, ou encore déterminent dans ces régions un ramollissement superficiel. Mais l'altération la plus importante au point de vue symptomatique consiste dans l'hydropisie ventriculaire (12 fois sur 31 cas) ; elle est due soit à la compression du sinus droit ou des veines de Galien par des tumeurs volumineuses, soit à l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius par une tumeur même de petite dimension.

La symptomatologie de ces tumeurs est des plus diverses. Quelquefois latentes, elles peuvent se révéler par un unique symptôme, tel que le diabète, ou encore par des phénomènes complexes en rapport avec l'hydrocéphalie ventriculaire ou les altérations du bulbe, de la protubérance, etc. Il résulte des différentes observations réunies par les auteurs, que le seul symptôme caractéristique et directement en rapport avec la lésion ventriculaire est le diabète sucré ou insipide, à condition qu'il coïncide avec les symptômes habituels des tumeurs encéphaliques et mieux encore les symptômes d'affection bulbaire ou protubérantielle. Plus cet ensemble symptomatique sera incomplet, plus le diagnostic sera réservé ; si le diabète manque, le diagnostic est impossible

P. MERKLEN.

II. — Il s'agit d'un ivrogne de 38 ans. Le 24 octobre, il s'était mis au lit complètement ivre, comme les jours précédents du reste. Près de lui, on trouva encore une bouteille d'eau-de-vie à moitié pleine. Il était couché tout vêtu sur une paillasse, par une température de quelques degrés au-dessus de zéro. Le 26 octobre, on l'amène à l'hôpital en état d'apoplexie avec un abaissement très considérable de la température. A 9 heures, on trouvait 23° C. dans le rectum. Cette température a été prise avec un thermomètre irréprochable dans des conditions qui rendent toute espèce d'erreur impossible. On le mit dans un bain à 28° R. ; on chercha de plus à le stimuler par l'emploi de

divers toniques. Deux heures après minuit, la température était de 25°,5 dans le rectum. Le 27 octobre, à 9 heures du soir, elle atteignait 28°.

A l'autopsie faite le 28 octobre, 12 heures après la mort, on trouva un foyer d'hémorragie dans la moelle allongée, sous le plancher du quatrième ventricule. Ce foyer, situé à gauche de la ligne moyenne, à 3 millimètres de cette ligne, à peu près à 1 millimètre 1/2 au-dessous du plancher du ventricule. Il mesurait 4 millimètres de haut du milieu de l'olive jusqu'à la pointe de l'ala cinerea. De là il s'étendait jusqu'à l'épendyme du quatrième ventricule, présentant ainsi une largeur de 1 millimètre à 1 millimètre 1/2. Relativement aux noyaux du bulbe, il se trouvait en dehors et en avant du noyau du pneumogastrique et en dedans et au-dessous du noyau médian supérieur de l'acoustique.

L'auteur pense que son observation peut présenter un grand intérêt au point de vue de la localisation du centre thermique, bien que l'on ne puisse pas prétendre que la localisation de ce centre soit directement indiquée par l'emplacement du foyer hémorragique trouve dans ce cas dans la moelle allongée. A. MATHIEU.

III. — Femme de 59 ans, d'une belle santé jusqu'en 1869, époque à laquelle elle fut opérée d'une tumeur du sein reconnue carcinomateuse. Récidive très lente en 1872, au niveau de la cicatrice; deux ans et demi plus tard, nouvelle ablation de la tumeur, et retour à la santé jusqu'en 1880. Vers cette époque, cette femme se plaint de malaise, de faiblesse et de polyurie; bientôt après survient une certaine difficulté dans les mouvements de la langue et dans l'articulation des mots.

A son entrée, elle est dans l'état suivant : faiblesse générale, bourdonnements d'oreilles. Intelligence normale, vue bonne : aucune paralysie de la région supérieure de la face. Mais il existe une diplégie faciale inférieure des plus nettes, la malade ne peut ni souffler, ni siffler, sa salive s'écoule involontairement, l'articulation des mots est fort imparfaite, les mouvements de la langue très limités, surtout du côté droit : il y a de l'atrophie de l'organe; cependant la déglutition est possible. Peu d'altération du goût et de la sensibilité, mais surdité de l'oreille droite. Diminution de la contraction faradique des muscles de la face, mais conservation de la contractilité galvanique. Pas d'atrophie des muscles des membres. Enfin, polyurie et polydipsie des plus marquées sans albuminurie.

La malade fut suivie pendant deux mois et finit par succomber dans le marasme.

Autopsie. — La base du crâne présente une certaine quantité de noyaux cancéreux qui soulèvent la dure-mère. Celle-ci est parsemée de petits nodules de la grosseur d'un grain de mil et d'un pois, qui sont de nature cancéreuse. Les masses néoplasiques enveloppent le conduit auditif interne et le trou condyloïdien des deux côtés, en sorte qu'elles compriment les nerfs facial et l'hypoglosse, qui, à l'œil nu, paraissent atrophiés. La moelle allongée, la protubérance et le cerveau paraissent sains; dans les viscères, notamment dans le poumon, se voient de nombreux noyaux de cancer.

L'examen histologique, pratiqué par Byrom Bramwell, montra que les centres nerveux étaient normaux, et que les nerfs malades étaient purement et simplement atrophiés, sans névrite bien évidente.

Ce fait est remarquable à plusieurs titres :

1° A cause de la longue durée de l'évolution du cancer, qui, de 1869 à 1882, met treize ans à envahir l'économie;

2° A cause des phénomènes bulbaires, qui, suivant toute apparence, ne relevaient pas d'une lésion grave du plancher du 4e ventricule, mais

d'un trouble circulatoire de cette région, ou d'un ralentissement à distance sur la moelle allongée ;

3° Les phénomènes de paralysie labio-glosso-laryngée, dans ce cas, provenaient non pas d'une altération des noyaux centraux, mais d'une compression des filets nerveux périphériques. H. R.

IV. — 1° Malade, âgé de 27 ans, ayant eu la syphilis six ans auparavant. Depuis neuf mois, céphalie frontale et occipitale, amaigrissement, vomissements, insomnie. A son entrée, on constate les signes suivants : atrophie limitée à la moitié gauche de la langue, sans altération du goût à ce niveau ; paralysie des muscles splénius et du trapèze gauche, avec perte de la contractilité faradique; paralysie du voile du palais, surtout du côté gauche (traces d'anciennes cicatrices syphilitiques), névrite ancienne du fond de l'œil. Du reste, absence complète de paralysie du nerf facial et du trijumeau.

Pendant les trois mois que séjourne le malade à l'hôpital, ces phénomènes s'accusent, la paralysie de la langue et du voile du palais s'accentuent de plus en plus, mais la santé générale se maintient.

L'auteur admet chez ce malade une tumeur gommeuse localisée au point précis où les noyaux du spinal accessoire et de l'hypoglosse sont contigus dans le bulbe (Lockhardt-Clarke).

2° Jeune homme de 16 ans, atteint d'une otorrhée ancienne de l'oreille droite. Cinq mois avant son admission, chute sur la tête, qui est suivie, au bout de six semaines, d'une céphalée persistante, accompagnée de vomissements.

A son entrée, on constate de la somnolence, des maux de tête, des vomissements, une hémiplégie faciale droite complète, et une surdité absolue du même côté. Point de paralysie du voile du palais ni de la 5e paire ; mais, en revanche, parésie de la 3e paire à droite avec diplopie. Quinze jours après, affaiblissement des muscles masséter et temporal du côté droit ; en même temps, les mouvements de l'œil droit en dedans et en dehors deviennent impossibles, ce qui implique l'envahissement du nerf masticateur (5e paire) de la 3e et de la 6e paire.

Deux mois plus tard se déclare un commencement de névrite optique, d'abord sur l'œil droit, puis à gauche ; bientôt se montre de la parésie du voile du palais, de l'inertie de la corde vocale gauche. Cependant une partie de ces symptômes s'atténuent et le malade quitte l'hôpital en meilleur état.

L'auteur, discutant cette observation, rejette l'hypothèse d'une carie du rocher ou d'une ostéite de la base du crâne. Il admet l'existence d'une tumeur de la base de l'encéphale, englobant les racines des nerfs craniens : probablement un gliome ou un tubercule parti de la protubérance.

3° Main frappée d'une attaque de paralysie soudaine, au moment où il buvait, avec déviation de la langue et hémiplégie gauche. Seconde attaque, sans perte de connaissance, avec diminution des mouvements du côté droit, gêne dans l'articulation des mots. Plus tard, paralysie des lèvres, de la langue et du voile du palais : névrite optique double.

Pour l'auteur, il s'agit d'une tumeur de la moelle allongée, donnant lieu aux signes d'une paralysie labio-glosso-laryngée, et, de plus, à des phénomènes parétiques du côté des membres. C'est probablement un gliome.

V. — Femme de 52 ans atteinte graduellement d'embarras de la parole et de paralysie. Trois mois avant son admission, elle avait commencé à présenter de la diplopie et de l'affaiblissement du côté gauche du corps : depuis cinq semaines, elle ne pouvait plus se tenir debout. A son entrée (janvier 1883) les symptômes étaient les suivants :

Point de céphalalgie, projection incomplète de la langue du côté droit, ptosis de la paupière supérieure droite, paralysie du droit externe de l'œil correspondant et légère paralysie du droit interne de l'œil opposé : dyplopie homonyme : pupilles égales, surdité de l'oreille droite, légère parésie faciale correspondante.

Le symptôme le plus saillant était la paralysie de la langue, accompagnée de nasonnement, de dysphagie, de parésie du voile du palais. Les membres du côté droit fonctionnaient régulièrement, mais le bras et la jambe gauches étaient incomplètement paralysés. Réflexes palmaires et plantaires normaux. aucune complication cardiaque ni pulmonaire.

24 heures après son admission, le malade mourut avec des symptômes d'asphyxie rapide.

A l'autopsie, on trouva une tumeur qui occupait la moitié droite de la moelle allongée et empiétait sur le plancher du 4e ventricule, lequel était fortement bombé. Elle s'étendait depuis les stries du nerf acoustique jusqu'en bas du calamus scriptorius, englobant les pyramides antérieures et les corps olivaires, ainsi que l'origine de la 8e paire. Cette tumeur était violacée, rougeâtre et très vasculaire. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un gliôme à cellules fusiformes. Elle avait détruit le tractus moteur et sensitif du côté gauche, d'où l'hémiplégie avec anesthésie des membres gauches. Elle intéressait également, à divers degrés, les noyaux d'origine de l'hypoglosse, du glossopharyngien, du spinal accessoire, du facial, enfin partiellement de la 6e et de la 5e paire.

L'auteur insiste sur l'association de la parésie de l'abducteur gauche, et du droit interne de l'œil droit, ce qui vient confirmer cliniquement les vues de Laborde et de Duval sur l'innervation commune des mouvements associés de l'œil (le droit interne gauche recevant son innervation du noyau d'origine de l'abducteur gauche, et *vice versa*). Le seul point mal expliqué cliniquement était le ptosis de la paupière droite, qui ne correspondait à aucune lésion appréciable de la 3e paire.

VI. — Enfant de 3 ans. Depuis près d'un an on s'aperçoit que sa tête grossit, et qu'il a des tics convulsifs. Bientôt de vraies convulsions apparaissent, et durent cinq mois : elles cessent sept semaines avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital. A ce moment surviennent de l'affaiblissement du membre supérieur droit, de la rotation de la tête à droite, ainsi qu'une hémiplégie faciale gauche. La tête présente un volume énorme, avec distension des fontanelles comme dans l'hydrocéphalie. L'intelligence est très obtuse, il y a de l'incontinence d'urine et des matières fécales. L'enfant ne semble pas voir distinctement, ce qui tient à un strabisme récent et aussi à une double névrite optique.

Bientôt se produit, sur la cornée gauche, une ulcération de la cornée qui va grandissant; en même temps la poitrine s'encombre de râles, et au bout de deux jours la mort survient par l'asphyxie bronchique.

Un point intéressant est l'hyperpyrexie excessive notée pendant les trois derniers jours de la vie. Le thermomètre s'éleva progressivement jusqu'à 105, 106, 107 et 108° Fahrenheit, ce qui implique l'idée d'un trouble fonctionnel du centre de calorification, indépendamment des lésions pulmonaires.

L'autopsie montra des adhérences de la dure-mère, de l'épaississement et de la vascularisation des méninges, une hydrocéphalie considérable. La protubérance n'était pas symétrique, son lobe gauche était proéminent et doublé de volume : en le sectionnant, on trouva une masse jaunâtre qui appuyait sur le plancher du 4e ventricule. C'était une tumeur tuberculeuse unique. Les poumons furent trouvés sains. H. R.

VII. — Les deux observations rapportées dans ce mémoire offrent des particularités fort intéressantes : dans la première il s'agit d'une femme

qui présentait une paralysie faciale inférieure et une paralysie du muscle droit externe de l'œil, du côté gauche remontant à l'enfance ; elle n'avait jamais eu une intelligence bien développée et elle présentait un état d'idiotisme qui l'avait fait admettre depuis plusieurs années dans un asile. On trouva à l'autopsie non seulement une véritable pachyméningite osseuse développée à la face externe de la dure-mère sur presque toute l'étendue de la convexité du cerveau, mais une atrophie considérable des nerfs de la 6e et de la 7e paire crâniennes ; deux plaques osseuses, l'une au niveau du sinus caverneux, l'autre au niveau du trou auditif interne semblaient avoir manifestement déterminé l'atrophie de ces tissus nerveux par compression.

La protubérance et le bulbe étaient également atrophiés dans toute leur moitié gauche ; il en était de même des filets et des noyaux d'origine du facial et du moteur oculaire externe. Les quelques muscles examinés auxquels se rendaient ces nerfs, présentaient également une atrophie bien nette.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une méningite chronique d'origine alcoolique étendue à presque toute l'étendue des méninges crâniennes ; le bulbe était entouré d'une gaine fibreuse qui se prolongeait sur l'hypoglosse jusqu'au trou condyloïdien ; ce nerf était considérablement atrophié ; il en était de même de son noyau central et de ses filets d'émergence ; le bulbe présentait, en outre, une atrophie de sa moitié droite ; et fait à noter, toute la moitié droite de la langue était atrophiée, au point qu'elle n'était plus constituée que par un amas de vésicules adipeuses contenant quelques fibrilles conjonctives et musculaires.

Dans ces deux cas, l'atrophie bulbaire était due à la raréfaction des filets d'origine des nerfs comprimés et à la diminution du nombre des cellules de leurs noyaux d'origine. W. OETTINGER.

VIII.— Femme de 53 ans, n'ayant eu d'autre affection que la rougeole, mère de plusieurs enfants. Au printemps de 1880, elle a éprouvé des douleurs au niveau du pariétal droit avec irradiations vers l'occiput et vers l'oreille, puis des douleurs à la moitié droite de la mâchoire et de la langue, assez vives pour empêcher le sommeil. En automne, hémiplégie faciale du même côté, strabisme interne, inflammation de l'œil droit.

C'est avec ces symptômes qu'elle entre à l'hôpital. On observe l'hémiplégie faciale complète, avec participation de l'orbiculaire, la paralysie unilatérale du voile du palais, la perte de la sensibilité tactile et gustative au côté droit de la langue. L'œil droit est absolument immobile, tous ses muscles sont paralysés ; il y a, de plus, injection et gonflement de la conjonctive, épaississement et opacité de la cornée, synéchies. Le nerf optique n'est pas entièrement paralysé, car la malade peut distinguer les gros objets et conserve la perception de la lumière, mais l'œil a perdu toute sensibilité tactile et les attouchements ne déterminent aucun mouvements réflexe. Anesthésie sur tout le domaine du trijumeau. Les muscles animés par ce nerf, le temporal, le masséter offrent une atrophie et une impotence manifeste. Il y a de l'hyperacousie pour les sons qui frappent le tympan, tandis que la propagation par les os du crâne est plus faible à droite qu'à gauche. Le nerf olfactif est intact.

Dans le domaine du spinal, le sterno-mastoïdien et le trapèze sont atrophiés, parésiés et ont perdu la contractilité faradique. Anesthésie de la muqueuse du larynx à droite et paralysie de la corde vocale du même côté. Le nerf vague et l'hypoglosse paraissent respectés.

En résumé, la paralysie porte sur presque tous les nerfs crâniens du côté droit et n'en épargne que quatre : l'olfactif, l'optique, le pneumogastrique et l'hypoglosse. Elle respecte les membres.

Quelle est la cause de ces accidents ?

Si l'on admettait une affection des os du crâne, bien que le sujet ne

soit ni tuberculeux, ni syphilitique, il faudrait une lésion étendue de la fosse antérieure jusqu'au trou occipital. Or, elle ne pourrait exister sans donner lieu à quelque manifestation extérieure.

Si l'on pensait à une tumeur, il faudrait lui attribuer des dimensions colossales pour occuper la moitié de la base du crâne, et une pareille tumeur occasionnerait des troubles graves en comprimant le pont de Varole et le bulbe.

S'agit-il d'une affection inflammatoire des méninges de la base? Il est difficile d'admettre une pareille inflammation chronique primitive sans lésion du squelette.

Il existe un fait qui n'expliquerait pas une lésion de la base; c'est l'inégalité des troubles de l'acoustique et du facial dont l'un est à peine touché et l'autre très gravement compromis. Deux nerfs aussi voisins auraient dû subir une compression identique. Ajoutons-y l'existence des lésions trophiques des muscles innervés par le trijumeau et le spinal, lésions qui contrastent avec la paralysie incomplète de ces mêmes muscles et qui, dans les cas de compression des troncs nerveux, auraient dû succéder seulement à la paralysie totale et complète.

C'est donc au cerveau qu'il faut remonter.

Eliminons les lésions de l'écorce puisqu'il n'existe pas de paralysie des extrémités, puisqu'on n'a pas noté d'épilepsie jacksonienne, puisque enfin les fonctions psychiques sont intactes.

Nous sommes ainsi amenés à la lésion des noyaux d'origine des nerfs crâniens. Il y a là quelque chose d'analogue à la paralysie bulbaire de Duchenne ou paralysie labio-glosso-laryngée, mais avec cette différence que, dans le cas actuel, d'abord, la lésion n'occupe qu'un côté au lieu d'étendre ses ravages sur des points symétriques, ensuite les altérations s'adressent à d'autres noyaux, respectant celui de l'hypoglosse et intéressant, au contraire, celui du facial, s'étendant même, au delà des limites du bulbe, aux noyaux du moteur commun et du pathétique.

L'auteur n'a pas trouvé dans la science de cas analogue et voit là une affection nouvelle.

L. GALLIARD.

IX. — Leyden a observé quatre cas de thrombose de l'artère basilaire, deux d'entre eux sont rapportés *in extenso* dans son mémoire.

Les maladies de l'artère basilaire dépendent de trois processus anatomiques : l'artériosclérose, l'embolie, les lésions syphilitiques.

Parmi toutes les artères de la base du cerveau, l'artère basilaire et ses branches sont le siège de prédilection des processus syphilitiques. Ils ont pour point de départ l'orifice d'une branche artérielle et s'étendent plus ou moins loin.

Les symptômes des thromboses syphilitiques de l'artère basilaire sont de deux ordres : les phénomènes locaux qui dépendent de foyers de la protubérance et des parties voisines, et les phénomènes généraux qui dépendent de la thrombose.

La paralysie est ordinairement une hémiplégie, souvent une hémiplégie alterne qui peut se présenter sous deux formes : la paralysie alterne inférieure (paralysie de Gubler) dans laquelle les membres d'un côté sont paralysés, tandis que la paralysie de la face est du côté opposé. Ce

syndrome indique un foyer siégeant à l'union de la protubérance et du bulbe.

L'hémiplégie alterne supérieure est caractérisée par l'hémiplégie complète d'un côté (face et membres) et par des paralysies des nerfs oculaires du côté opposé, particulièrement du moteur oculaire commun. Ce syndrome indique des foyers siégeant à la partie supérieure de la protubérance et s'étendant sur le pédoncule cérébral, les corps quadrijumeaux et la bandelette optique.

Parfois la paralysie passe d'un côté à l'autre du corps ; ainsi, une hémiplégie gauche disparaît en quelques jours et fait place à une hémiplégie droite persistante.

La première tient à une anémie qui est compensée par une circulation collatérale, la seconde à un foyer de ramollissement.

On observe encore dans la thrombose basilaire, des troubles de l'audition, de la parole et de la déglutition. La température peut s'élever jusqu'à 42° (cas publié par Eichhorst), ce qui est d'accord avec les recherches qui tendent à placer dans la protubérance un centre régulateur de la température.

Leyden appelle phénomènes généraux les troubles qui résultent non de la présence d'un foyer dans la protubérance mais d'un trouble de la circulation cérébrale. Tels sont la stupeur, la somnolence, le délire, le coma. Ces troubles indiquent que la circulation collatérale par le cercle de Willis est insuffisante lorsque le tronc basilaire est oblitéré, du moins chez l'homme.

Les expériences d'Astley Cooper, de Kussmaul et Tenner montrent en effet qu'on peut lier les deux vertébrales, chez les animaux, sans produire un effet sensible.

Quant au signe donné par Griesinger, qui consiste à voir si chez un sujet atteint de lésions de l'artère vertébrale la compression des carotides donne lieu à des convulsions, c'est un signe qui paraît surtout théorique, et en tout cas il est préférable de ne pas chercher à en vérifier l'exactitude sur le malade. M. DEBOVE.

X. — Lewin rapporte l'observation d'un homme de 43 ans, qui, ayant contracté la syphilis à 26 ans, présente une série d'accidents hépatiques, laryngés, cérébraux, etc. Il finit par avoir une glossite gommeuse avec paralysie du grand hypoglosse gauche, caractérisée par des troubles dans la motilité de la langue, la gêne de la mastication, des troubles dans l'articulation des mots, la diminution du goût, enfin de la sialorrhée. Le malade mourut de pneumonie. A l'autopsie on trouva, entre autres lésions, une infiltration gommeuse du tronc du grand hypoglosse, un peu au-dessus et dans l'intérieur du trou condylien antérieur.

Lewin discute longuement la pathogénie des diverses manifestations morbides observées, et constate les divergences d'opinions des auteurs. Il institue quelques expériences sur la sensibilité de ce nerf et arrive aux conclusions suivantes :

1° L'hypoglosse, à son origine, n'est pas sensible : la sensibilité qu'il présente avant sa sortie du trou condylien antérieur est due à des anastomoses ;

2° Il reçoit, au niveau du trou condylien antérieur des filets sensitifs du pneumogastrique et même des nerfs cervicaux. Ces filets l'accom-

pagnent jusqu'à sa terminaison, sans remonter dans le rameau descendant;

3° Il reçoit du lingual des filets récurrents qui les uns remontent jusqu'au trou condylien antérieur, les autres vont dans le rameau descendant. Celui-ci reçoit très probablement aussi des filets provenant des nerfs cervicaux. L. D.-B.

XI. — Un homme de 39 ans, entre à l'hôpital Augusta de Berlin le 1er juin 1880, pour une paralysie de la moitié gauche de la face, avec ophtalmie du même côté. Le début de ces accidents remontait à cinq semaines. A ce moment le malade avait ressenti une sensation de tiraillement et de tension au niveau de la joue gauche, un peu plus tard de la pesanteur de tête, du vertige, des bourdonnements d'oreille. En dernier lieu l'acuité visuelle avait diminué à gauche. Depuis cinq ou ou six jours, le malade ne voyait plus de l'œil gauche, qui était le siège d'une sensation de pesanteur, sans douleur proprement dite. En outre, la mastication était gênée, pour cause d'anesthésie de la moitié gauche de la muqueuse buccale.

Pas d'antécédents syphilitiques, pas d'excès alcooliques, pas de traumatisme antérieur, pas de traces d'un exanthème, pas d'engorgement ganglionnaire. Les mouvements de la tête sont parfaitement libres. La percussion du crâne développe de la douleur en un point circonscrit de la région temporale gauche, immédiatement au-dessus de l'oreille. Anesthésie complète (tactile, douloureuse et thermique) de la moitié gauche de la face, empiétant, par en haut, de deux travers de doigts sur la ligne d'implantation des cheveux, s'arrêtant sur la ligne médiane, mais occupant les parties profondes, c'est-à-dire les gencives, la muqueuse buccale, la langue, le voile du palais et la fosse nasale gauche. Le malade peut introduire du tabac en poudre dans cette cavité sans être pris d'éternuement. La moitié gauche de la langue ne participe pas uniquement à l'anesthésie générale ; elle est aussi frappée d'anesthésie gustative. Il n'y a pas de ptyalisme marqué, et il est difficile de se rendre compte de l'abondance comparative de la salivation à droite à gauche. Insensibilité complète de la conjonctive et de la cornée de l'œil gauche, et par cela même abolition du clignotement réflexe, mais des mouvements associés qui se produisent lorsque par exemple on passe rapidement un doigt devant l'œil droit du malade. Alors le clignotement se produit des deux côtés. Ce clignotement bilatéral se produit par intervalles, d'une façon tout à fait spontanée. A gauche, la conjonctive est fortement injectée et congestionnée. La cornée, dans sa plus grande étendue, est blanchâtre, épaissie, opaque. Les mouvements mimiques de la face s'exécutent également bien des deux côtés ; cependant quand le malade essaye de siffler, la commissure des lèvres s'avance moins à gauche qu'à droite. De même encore, les mouvements de mastication sont plus faibles à gauche qu'à droite et la saillie du masséter est moins accusée à gauche, à l'occasion de ces mouvements. Pas de troubles trophiques de la peau, pas de modifications de la température locale.

L'examen des principaux organes ne donne que des résultats physiologiques. L'urine présente une composition normale.

Le malade est soumis au traitement suivant : iodure de potassium à l'intérieur, applications de ventouses sèches, puis de vésicatoires volants sur la nuque. Lavages quotidiens de l'œil malade, avec une solution salicylée tiède, application sur cet œil d'un pansement compressif.

L'évolution ultérieure de cette affection offre à mentionner les incidents suivants :

7 *juin*. Un petit fragment d'iris vient faire hernie à travers une perforation de la cornée, dans le quart supérieur et interne de cette membrane. La cornée paraît complètement dépourvue de vaisseaux.

18 *juin*. La partie nécrosée de la cornée s'est complètement éliminée.

3 *juillet*. Tuméfaction légère du genou gauche, qui est douloureux à la pression et pendant la marche.

4 *août*. Sous l'influence du repos au lit et d'enveloppements le genou gauche est désenflé : par contre, le genou droit est maintenant envahi par une tuméfaction douloureuse.

8 *août*. Le malade qui depuis quelques temps se plaignait de mal entendre du côté gauche, est pris d'un écoulement de pus par l'oreille de ce côté.

28 *août*. Amélioration de la sensibilité à la face.

5 *septembre*. Tuméfaction douloureuse du genou, qui s'amende au bout de quelques jours de repos au lit.

2 *octobre*. La perte de substance qu'avait éprouvée la cornée est maintenant comblée par un tissu cicatriciel très vasculaire.

Dans le courant du mois de novembre, les deux genoux sont tuméfiés, et on reconnaît nettement l'existence d'un épanchement intra-articulaire.

18 *décembre*. Le malade se plaint de nouveau vivement de douleurs à l'occiput, et d'une sensation de pesanteur dans l'œil gauche, qui depuis quelques jours est le siège d'une hyperémie plus prononcée.

5 *janvier* 1881. L'injection de l'œil gauche est augmenté. Les deux genoux et les articulations du cou-de-pied sont légèrement enflés et douloureux.

9 *janvier*. L'injection de l'œil gauche a diminué, ainsi que les tuméfactions articulaires aux membres inférieurs. La sensibilité est en partie revenue à gauche.

18 *février*. Le malade quitte l'hôpital, à peu près guéri. Il marche lentement, en s'appuyant sur une canne, mais sans incertitude.

Pour M. Senator, il s'agit là d'un cas de paralysie du tronc du nerf trijumeau ou du ganglion de Gasser. Relativement à la cause et au siège de cette paralysie on ne peut qu'émettre des hypothèses.

L'auteur prend occasion de ce fait pour passer en revue les différentes théories qui ont été émises en vue de rendre de la kératite névro-paralytique. Il réfute celles qui attribuent le développement de la kératite ou la suppression du clignotement à l'anesthésie de la conjonctive et de la cornée, qui expose cette membrane à des irritations traumatiques, au défaut de lubrifaction de la cornée, et il se rallie à l'opinion qui voit dans les complications occulaires névro-paralytiques la conséquence d'un trouble vaso-moteur ou trophique.

M. Senator fait ressortir encore cette particularité intéressante, comme quoi son observation est à ajouter à celles publiées assez récemment par Erb et qui démontrent que les filets olfactifs de la corde du tympan proviennent bien du nerf trijumeau, conformément à une opinion déjà ancienne.

Quant aux tuméfactions articulaires intermittentes notées chez son malade, M. Senator les considère comme étant également des troubles d'ordre vasomoteur ou trophique, mais il convient que cette hypothèse n'explique pas grand'chose. M. Senator rappelle les principaux exemples de ce genre de tuméfactions articulaires intermittentes, publiés par divers auteurs, dont quelques-uns s'accompagnaient de manifestations diverses (exophtalmie, palpitations, injection des yeux, accès d'angine de poitrine), éveillant l'idée d'un trouble vaso-moteur. E. RICKLIN.

XII. — Dans deux cas de paralysie labio-glosso-laryngée, représentants fidèles du type de Duchenne, M. Déjerine a pu constater, outre les lésions connues, plusieurs faits anatomiques fort curieux et peu étudiés jusqu'ici :

une sclérose du faisceau pyramidal surtout accusée au niveau du pédoncule et du bulbe, mais se retrouvant encore jusque dans la colonne dorsale ; une altération notable du noyau sous-épendymaire des 9e, 10e et 11e paires, considéré jusqu'ici comme exclusivement sensitif ; une intégrité de la formation réticulée de Stilling que M. Duval pense devoir être rattachée au noyau de l'hypoglosse ; si ces deux derniers faits offrent au point de vue anatomique un certain intérêt, le premier est cependant plus important encore pour la détermination anatomique de la maladie de Duchenne : l'on se rappelle le type clinique de l'atrophie musculaire progressive avec altérations des muscles de la face, de la langue, etc., on voit qu'il diffère entièrement, comme l'avait remarqué Duchenne, du type de la paralysie labio-glosso-laryngée ; atrophie dans le premier, paralysie et atrophie peu accusée dans le second, telle est surtout la distinction importante à faire ; il faudrait donc, suivant l'auteur, donner une place importante à la sclérose du faisceau pyramidal dans la genèse des phénomènes paralytiques.

Ce serait une lésion pour ainsi dire constante dans l'espèce ; on aurait ainsi 2 types bien nets de paralysie labio-glosso-laryngée, une paralysie primitive, sclérose pyramidale amyotrophique à marche descendante évoluant généralement jusqu'à la fin, avant que les membres ne soient atteints ; une paralysie secondaire, bien connue depuis longtemps déjà, étape obligée de la sclérose latérale amyotrophique. W. OETTINGER.

XIII. — 1er *cas*. Fille robuste de 27 ans occupée à des travaux agricoles. Aucun antécédent morbide.

Au moment d'une de ses époques menstruelles, qui ont toujours été normales, elle s'aperçoit tout à coup qu'elle a perdu la vision de près ; le lendemain elle a de la diplopie et de la dysphagie pour les solides.

Le 3e jour, ptose palpébrale double, voix couverte, rauque, sans force et bientôt nasillarde. Légère céphalalgie occipitale par instants.

Le 4e jour, dysphagie même pour les liquides dont une partie reflue par le nez tandis que l'autre provoque des quintes de toux et de spasme glottique.

Le 5e jour, toux paralytique ; éternuements difficiles, photophobie.

A partir du 8e jour, alimentation par la sonde.

Tous ces troubles morbides ont apparu brusquement sans être précédés de vertiges, de vomissements, ni autres phénomènes.

État le 13e jour : apyrexie. Tous les troubles moteurs se bornent à des paralysies.

Paralysie des pupilles et de l'accommodation. Parésie des moteurs oculaires communs et externes (cette dernière plus accentuée à gauche) ainsi que des pathétiques. Diplopie seulement dans la rotation extrême en dehors. L'examen ophtalmoscopique n'explique pas le trouble visuel ressenti par la malade qui a toujours un nuage devant les yeux.

Parésie des faciaux ; intégrité des hypoglosses. Parésie du voile palatin.

Parésie des accessoires de Willis et des cordes vocales.

Paralysie absolue de la déglutition.

Partout, la contractilité farado-musculaire est normale.

Intégrité de la motilité des membres et des sphincters, de la respiration, de la sensibilité cutanée et réflexe ainsi que de l'ouïe, de l'odorat et du goût.

Grâce à des séances bi-quotidiennes de faradisation, dès le 16e jour de la maladie, cette femme pouvait relever ses paupières. A partir du 24e jour, on put cesser l'alimentation par la sonde.

Un mois et demi après le début des accidents, la vue laissait seule à désirer et elle s'est dès lors complètement rétablie.

2e *cas*. Garçon de 15 ans, exposé, par sa profession, aux vicissitudes atmosphériques. Il a déjà eu la rougeole, la scarlatine, des angines répétées et une pneumonie. Mais depuis 2 ans, il était en parfaite santé, lorsqu'en se réveillant, un matin, il ressentit de la céphalalgie, des nausées et des vertiges.

Le lendemain, il vomit les aliments de la veille; constriction et tiraillements le long des sterno-mastoïdiens et sur les côtés du larynx; douleurs remontant des angles maxillaires aux tempes; oppression thoracique; gêne de la déglutition.

Le 3e jour, fièvre, frissonnements, élancements dans les muscles de la nuque et du dos.

Le 4e jour, deux nouveaux vomissements; dysphagie même pour les liquides.

Le 5e, lassitude extrême des quatre membres, somnolence, avec un peu d'obnubilation intellectuelle et de nouveaux vomissements.

Le 6e, intelligence lucide, bourdonnements d'oreilles, vertiges par instants surtout quand il marche au lit. Affaiblissement de tous les membres; parésie des faciaux et des hypoglosses, surtout du gauche. Parésie du voile palatin. Difficulté d'émission des labiales et linguales; parole lente, nasonnée, voix rauque.

Tendance aux sueurs; fièvre qui augmente les jours suivants.

Le 7e, toutes les parésies sont augmentées surtout à gauche.

Le 8e, diplopie par parésie du moteur oculaire externe gauche. Parole encore plus difficile et presque aphone. Toux paralytique. Albuminurie.

Le 9e, cyanose, respiration accélérée. Parésie des muscles de la nuque. Alimentation avec la sonde.

Mort dans la nuit du 10e au 11e jour. Tous les sens, la sensibilité cutanée et muqueuse, les sphincters sont restés normaux jusqu'à la fin.

Autopsie bornée à l'encéphale. Pas d'altération à l'œil nu, mais après durcissement dans le bichromate d'ammoniaque on reconnaît l'existence de foyers multiples de myélite, disposés symétriquement de chaque côté du bulbe mais plus étendus du côté gauche. Ces foyers intéressent le moteur oculaire externe gauche, les faciaux, les hypoglosses, les accessoires, les noyaux moteurs des pneumogastriques, la partie externe de l'olive gauche et une portion de la coiffe. J. B.

I. — Ueber Aphasie, par HUGUENIN, et discussion (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er *août* 1882).

II. — Ein Fall von Worttaubheit (Un cas de surdité des mots), par FRAENKEL (*Berlin. klin. Woch.*, 29 *août* 1881).

III. — Trois cas d'aphasie, par GUTTMANN (*Ibid.*, 28 *mai* 1883).

IV. — De l'écriture spéculaire, par J. PERETTI (*Ibid.*, 31 *juillet* 1884).

V. — Seelenblindheit beim Menschen (Cécité psychique), par SAMELSOHN (*Ibid.*, 22 *mai* 1882).

VI. — Note sur un cas de cécité et de surdité verbales, par D'HEILLY et CHANTEMESSE (*Prog. Méd.*, 13 *janvier* 1883).

VII. — Des différentes formes de l'aphasie, par CHARCOT (*Ibid.*, *juin* 1883).

VIII. — Un cas de suppression brusque et isolée de la vision mentale des signes et des objets, formes et couleurs, par LE MÊME (*Ibid.*, 21 *juillet* 1883).

IX. — Note sur un cas d'aphasie avec intégrité de la 3e circonvolution frontale gauche et lésion des faisceaux blancs sous-jacents, par RAYMOND et ARTAUD (*Gaz. méd. de Paris*, 24 *novembre* 1883).

X. — Some effects of brain disturbance on the handwriting, par W.-H. STONE (*Saint-Thomas' Hosp. Rep.*, *XII*, *p.* 66, 1883).

I. — Dans un sens strict, il est impossible de parler comme jadis, d'un centre de la parole, car on sait maintenant que diverses portions du cerveau assez distantes les unes des autres sont nécessaires aux opérations variées du langage. Ce sont :

1° La circonvolution temporale qui reçoit les organes terminaux du nerf acoustique ;

2° L'insula de Reil ;

3° La circonvolution de Broca.

Les lésions de ces différentes régions ou des cordons qui les unissent produisent des tableaux morbides nettement distincts.

Dans les lésions de la circonvolution temporale, l'individu ne comprend plus du tout ce que son oreille entend.

Dans les lésions de l'écorce de l'insula, il y a diminution dans l'approvisionnement des idées.

Dans celle de la circonvolution de Broca, l'intelligence et les idées ne sont pas atteintes, mais ce sont les images tonales, la traduction des idées en mots qui font défaut.

Quand c'est la connexion entre la circonvolution temporale et l'insula qui est lésée, l'intelligence demeure parfaite, l'individu entend et comprend, mais il ne peut répondre à la question qui lui est faite parce que la voie que doit suivre la réponse se trouve interrompue. En revanche il est en état d'exprimer ses désirs.

Lorsqu'il y a lésion de la connexion entre l'insula de Reil et la circonvolution de Broca, l'individu prévoit bien l'idée, mais il lui est devenu impossible de la traduire verbalement vu la rupture des communications.

Dans la discussion, G. Burckhardt signale un cas de surdité des mots qu'il observe depuis un an et qui est dégagé de toute paralysie motrice à part de l'hémiplégie faciale gauche.

Forel a eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un fait analogue. Il a trouvé une atrophie des deux premières circonvolutions temporales, complète à gauche, partielle à droite.

II. — Le fait de Fraenkel est également un exemple de surdité psychique, sans complications.

Homme de 59 ans n'ayant pas eu la syphilis et toujours bien portant. En se réveillant un matin après s'être couché la veille en parfaite santé, il se trouva hors d'état de s'entretenir avec son entourage : il lui était impossible d'articuler ou d'écrire un mot ni de comprendre ce qu'on lui disait ou lui écrivait. Il paraissait avoir également perdu l'entendement de la mimique et tout cela sans aucune paralysie.

L'auteur vit dès le lendemain le malade qui, à première vue, faisait l'impression d'un homme dont l'esprit est égaré.

Au bout de trois semaines, cet homme commença à retrouver l'usage de la parole, mais au début il confondait souvent les mots ; puis il récupéra l'écriture. Il a perdu un peu la mémoire des premiers temps de sa maladie.

Il lit maintenant couramment et prétend comprendre le sens de ce qu'il lit, mais sa femme assure qu'il ne saisit qu'imparfaitement les phrases un peu longues et compliquées.

Mais il est encore aujourd'hui incapable de comprendre ce qu'on lui dit, malgré l'intégrité de son appareil auditif, car il répète chaque mot qu'il entend. Dans les choses journalières l'idée correspondant au mot entendu lui fait très souvent défaut. Ainsi F... lui demande ce que c'est que des ciseaux. Aussitôt le malade regarde sa femme comme pour lui demander assistance et répond : Des ciseaux, certainement voilà un mot que j'ai déjà entendu, qu'est-ce que c'est donc ? Et lorsque F... lui montre une paire de ciseaux ! immédiatement la notion lui revient, et il s'écrie : Voyez, docteur, si ce n'est pas triste que je ne puisse comprendre un terme comme des ciseaux dont je me sers journellement (en effet, il est tailleur). De même il ne comprend pas la signification de table, maison, porte-monnaie, main, etc. Parfois il croit comprendre, mais confond avec d'autres mots de même assonance. Au bout d'un certain nombre d'épreuves, d'ailleurs, il faut changer de mots, sinon il finit par comprendre.

III. — 1er *cas*. Aphasie absolue consécutive à un ictus apoplectique. Récupération soudaine de la parole à la suite d'une frayeur ; il y a 2 ans de cela. Il ne reste qu'un peu d'hésitation de la parole.

2e *cas*. Un jeune homme en parfaite santé perd tout à coup la parole en se trouvant dans la rue sans aucu trouble concomitant. Au bout d'une quinzaine, la parole revient peu à peu jusqu'à intégralité.

3e *cas*. Phtisique devenu subitement aphasique en ce sens qu'il ne proférait que des sons et des mots absolument inintelligibles et traduisait sa pensée par l'écriture tout aussi mal. Ces accidents disparaissent complètement au bout de 24 heures. Le malade qui a conservé la mémoire de son état, déclare alors qu'il comprenait parfaitement les questions et croyait y répondre.

IV. — C'est Buchwald (*R. S. M.*, XII, 170) qui a appelé l'attention sur l'écriture spéculaire de certains hémiplégiques obligés d'écrire de la main gauche. Erlenmeyer l'a plus justement désignée sous le nom d'écriture d'abduction, en la faisant dériver du principe d'adaptation, le mouvement centrifuge lui paraissant le plus naturel en pareille circonstance.

Baelz a vivement critiqué cette explication en rappelant que les Chinois et les Japonais qui possèdent la plus ancienne écriture parmi les peuples d'aujourd'hui, écrivent par adduction de la main droite et que les Japonais, lorsqu'on les prie d'écrire avec la main gauche, tracent les caractères de gauche à droite.

De même que les Européens écrivent en se servant des muscles abducteurs c'est-à-dire dans une direction centrifuge, les Japonais utilisent les adducteurs et ont une écriture centripète.

Il resterait à savoir pourquoi nos ancêtres ont choisi le mode d'écriture de droite à gauche.

Peretti, convaincu que l'écriture spéculaire avec la main gauche résulte uniquement de la tendance constante à la symétrie dans toute activité musculaire, a fait des expériences sur 200 écoliers de 7 à 12 ans.

Il a choisi des enfants parce qu'à cet âge on réfléchit moins et que si chez les adultes il est difficile d'obtenir des échantillons d'écriture spéculaire, sans détourner leur attention cela tient à ce que la réflexion intervenant, ils tracent les caractères comme leur œil a l'habitude de les voir écrits.

Dans ces expériences, il est bon de se borner à dicter des chiffres

parce qu'on les trace rapidement sans se préoccuper de bien les recommencer.

Peretti a constaté qu'un quart de ses écoliers écrivaient plus ou moins spéculairement de la main gauche. La proportion des écritures spéculaires diminue au fur et à mesure que l'âge augmente, fait qui confirme encore l'idée que ce mode d'écriture est instinctif pour la main gauche et trouve son explication dans une disposition que les mains ont à effectuer des mouvements symétriques.

Si l'on tente d'écrire en même temps avec les deux mains, on s'aperçoit que l'écriture d'aldution est des deux côtés plus aisée et plus rapide et que les personnes qui ont de la peine à écrire ainsi de la main gauche seule, y parviennent beaucoup mieux quand elles écrivent des deux mains.

Peretti conclut que l'écriture spéculaire s'observe au début de l'aphasie parce qu'alors l'obnubilation de l'intelligence supprime la possibilité de la réflexion. J. B.

V. — L'expression de cécité psychique, due à Munck (*R. S. M.*, XI, 33) traduit un trouble cérébral déterminé expérimentalement sur le chien et caractérisé ainsi : la perception étant intégralement conservée, l'élaboration des images représentatives fait défaut ; autrement dit, il existe une interruption morbide entre les centres de perception et ceux d'idéation.

Un état semblable peut se rencontrer chez l'homme déjà dans des circonstances physiologiques. Ainsi, quand nous nous éveillons d'une sieste, tout en distinguant parfaitement les objets qui nous entourent, nous ne pouvons tout d'abord en trouver la signification bien que ces objets nous soient bien connus.

Il en est de même dans le strabisme unilatéral, où l'image de l'œil, qui est dévié, se trouve exclue de l'opération visuelle consciente, quoique la perception des impressions par cet œil soit très bien établie et par l'expérience de Schweigger et par l'examen du champ visuel binoculaire. Il y a donc uniquement incapacité d'élaborer les perceptions de l'œil qui louche, de les convertir en images représentatives.

Un phénomène analogue est offert pour la vision monoculaire, par ces formes rares d'hémianopie, où dans la moitié défaillante du champ visuel l'impression lumineuse brute est conservée, tandis que l'œil ne perçoit aucun objet quelque considérable qu'il soit.

Samelsohn a observé deux faits de ce genre :

Le premier concerne une femme intelligente de 67 ans qui, trois semaines après une attaque consistant en perte de la connaissance et de la parole et suivie passagèrement de paraphasie et d'amnésie locale, se plaint d'avoir perdu la vue. En fait, elle n'a qu'une hémianopie homonyme droite nettement circonscrite des deux côtés par le point de fixation.

Cette malade qui était incapable de lire à haute voix une seule lettre des tableaux de Snellen, en pouvait facilement copier les plus petites lettres. De même, elle écrivait sous dictée couramment et correctement ; elle pouvait écrire une lettre à son fils absent, gênée seulement par son hémiopie. En revanche, elle était absolument hors d'état de lire la lettre qu'elle venait d'écrire, soit pour elle-même, soit à haute voix. Elle suivait toutes les lettres mais elle n'était pas capable de les élaborer en notions verbales. Elle ne pouvait lire à haute voix que son propre nom.

Au bout de quelques mois, cette interruption entre le centre des perceptions

optiques et celui des représentations verbales disparut graduellement de sorte qu'on put apprécier nettement l'influence de l'hémianopie qui ne s'était pas modifiée : à partir de ce moment, la lecture devint facile.

Le deuxième fait concerne un homme de 36 ans qui, à la suite de douleurs de tête violentes, et d'un affaiblissement marqué de la mémoire, présentait une hémianopie homonyme droite dont la limite se trouvait pour chaque œil à 3 degrés au-dessus du point de fixation. L'acuité visuelle était de 2 2/3. La perception des couleurs normale qualitativement dans les portions conservées du champ visuel était un peu affaiblie quantitativement.

Pendant le cours de l'observation, cet homme eut passagèrement des phénomènes morbides rappelant d'une façon frappante ceux de la précédente malade. Puis il mourut au bout de trois mois, au milieu d'un affaiblissement croissant de l'intelligence. A l'autopsie on trouva une tumeur de la grosseur d'un œuf dans le lobe occipital gauche ; la substance corticale placée au-dessus étant tout à fait ramollie. (*R. S. M.*, XVIII, 656 et XIX, 422.)

J. B.

VI. — Une femme de 24 ans présentant les signes d'une tuberculose avancée, est reçue à l'hôpital le 12 octobre 1881 pour une perte subite de la parole, qui n'avait été précédée d'aucun phénomène d'apoplexie. A son entrée et jusqu'à sa mort qui arriva le 3 novembre, la malade ne disposait que d'un vocabulaire des plus restreints ; dans les premiers jours, à toutes les questions qu'on lui posait, elle ne répondait que « Oui, Monsieur » ou « Parce que » ; elle entendait le son des paroles, et l'audition était intacte, comme on le constatait avec une montre, mais elle ne comprenait pas leur sens. La motilité et la sensibilité étaient indemnes. L'intelligence était intacte, elle jouait aux cartes sans se tromper. Plus tard le mot « du plan » s'appliquait dans sa bouche au couteau, à la fourchette, à une assiette, etc., quoiqu'elle sût les manier correctement. La lecture et l'écriture sont abolies ; elle ne reconnaît son nom pas plus quand il est écrit sur la pancarte que quand il est prononcé, et ne peut le copier.

L'autopsie montre à côté de lésions tuberculeuses des poumons, des reins, etc., un ramollissement jaune des circonvolutions situées en arrière de la zone motrice. Il y a un nodule thrombosique dans la quatrième branche de l'artère sylvienne gauche, celle qui longe la scissure de Sylvius. Le ramollissement occupe la moitié supérieure de la première circonvolution temporo-sphénoïdale dans sa moitié postérieure, la plus grande partie du lobule pariétal inférieur, le lobule du pli courbe et une petite portion du pli courbe. La lésion était à peu près exactement limitée à l'écorce grise dans les points correspondants à la surface.

Le lobule de l'insula n'était atteint que dans sa région la plus reculée. Intégrité de la circonvolution de Broca.

VII. — Après avoir donné en détail l'observation d'un malade atteint d'hémiplégie droite avec aphasie, puis après une guérison presque complète pris de cécité verbale et d'hémianopsie droite, l'auteur résume les points capitaux des observations déjà publiées de cécité des mots.

Il indique le début en général brusque de l'affection, par une hémiplégie droite, en général accompagnée d'aphasie motrice, qui se dissipe peu à peu, et laisse dans quelques cas la cécité verbale à l'état d'isolement. Il signale quelques troubles visuels, dont un des mieux caractérisés est l'hémianopsie homonyme latérale droite. Il montre que le malade ne peut arriver à lire qu'en s'aidant du mouvement des doigts, en écrivant pour ainsi dire, et par ce subterfuge méthodiquement employé on peut arriver à une guérison plus ou moins complète. Enfin il semble que les autopsies concordent pour prouver l'existence d'une lésion prédominant sur le lo-

bule pariétal inférieur avec ou sans participation du lobule du pli courbe. Or, on sait que plusieurs observations tendent à prouver que dans l'hémianopsie de cause cérébrale, d'origine corticale, les lésions occupent à peu près la même région. La coïncidence des deux symptômes n'a donc rien que de très naturel. Il faut se rappeler que le lobule pariétal inférieur est dans la sphère nourrie par l'artère sylvienne.

VIII. — X..., négociant, homme fort instruit, était doué d'une mémoire visuelle fort remarquable ; la vision mentale lui donnait au premier appel la représentation des traits des personnes, la forme et la couleur des choses avec autant de netteté et d'intensité que la réalité même : il se rappelait les faits, les chiffres, un passage d'un auteur, en retrouvant dans sa mémoire la page avec les lignes et les lettres. La mémoire auditive était au second plan.

A la suite de graves préoccupations, X... fut frappé d'un changement complet, il se crut atteint d'aliénation mentale ; la mémoire visuelle des formes et des couleurs avait complètement disparu. Quand il revient dans une ville qu'il a souvent fréquentée, il lui semble entrer dans une ville inconnue, il ne reconnaît plus les rues, les monuments. Bon dessinateur, il ne peut plus reproduire au crayon des lieux qu'il connaît à merveille. Il sait ce que c'est qu'une arcade, une ogive, mais il ne les voit plus mentalement ; il a perdu le souvenir visuel de sa femme et de ses enfants, il ne les connaît pas d'abord, et même en leur présence, il lui semble voir de nouveaux traits dans leur physionomie.

Cette amnésie visuelle s'étend aussi bien aux choses de l'enfance qu'aux choses récentes. X... ne sait plus rien de la maison paternelle. L'examen de l'œil a été négatif.

Actuellement X... énonce à mi-voix les chiffres qu'il additionne, les mots retrouvés lui semblent résonner à l'oreille ; en lisant il exécute avec les lèvres des mouvements dont il a conscience, et il a besoin d'avoir recours à la parole intérieure, et aux mouvements d'articulation de la langue et des lèvres pour comprendre les lignes qu'il lit. Pour apprendre par cœur, il est obligé de lire à haute voix plusieurs fois, et quand il répète plus tard la chose apprise, il a la sensation très nette de l'audition intérieure précédant l'émission des paroles.

En outre, la cécité verbale existe à un certain degré. Dans les alphabets grecs et allemands, il oublie d'écrire plusieurs lettres. Il ne reconnaît ces lettres qu'après les avoir tracées lui-même.

Charcot insiste sur le développement de la faculté de représentation mentale visuelle si accusée chez ce malade, qui disparaît soudain, et l'oblige instinctivement à développer la mémoire auditive. Il en déduit que l'amnésie verbale est un complexus où entrent au moins quatre éléments : l'image commémorative auditive, l'image visuelle et deux éléments moteurs, l'image motrice d'articulation et l'image motrice graphique, la première développée par la répétition des mouvements de la langue et des lèvres, nécessaires pour prononcer le mot, la seconde par la répétition des mouvements de la main et des doigts nécessaires pour écrire.

L'amnésie verbale auditive ou visuelle constitue le premier degré de la surdité et de la cécité verbales. Quand, l'idée étant présente, on ne peut évoquer soit l'image auditive, soit l'image visuelle du mot qui doit la caractériser, on dira qu'il y a amnésie verbale auditive, ou visuelle ; quand les mots qu'on voit écrits, ou qui résonnent à l'oreille ne sont pas reconnus, on dit qu'il y a surdité ou cécité verbale.

Il peut donc y avoir suppression d'une catégorie d'images commémoratives sans participation des autres catégories. Ceci conduit à admettre

que les groupes divers de souvenirs ont leur siège dans des régions déterminées de l'encéphale. H. L.

IX. — L'observation suivante est une nouvelle preuve que l'aphasie peut être due à la destruction des fibres du faisceau pédiculo-frontal inférieur (Pitres) qui a pour fonction d'assurer les communications entre le centre cortical renfermé dans le pied de la troisième circonvolution frontale et la périphérie.

Henriette, 47 ans. En mai 1882, attaque avec perte de connaissance et convulsions épileptiformes à droite : à la suite, hémiplégie droite avec contracture et aphasie ; affaissement intellectuel, gêne des mouvements de la langue. En juillet 1883 nouvelle attaque avec perte de connaissance, convulsions dans le bras et la jambe gauches, dans la moitié gauche de la face, déviation conjuguée des yeux et de la tête à droite ; coma pendant 24 heures.

Le lendemain on note de l'aphasie et l'impossibilité de mouvoir la langue, de la dilatation de la pupille gauche, la déviation de la tête à droite, sans participation des yeux ; la contracture du bras droit, la contracture en extension de la jambe droite, une hémiplégie gauche portant sur le bras et la jambe, en respectant la face ; une légère contracture de la jambe ; une diminution générale de la sensibilité, et de l'albumine dans les urines. La mort survient quatre jours plus tard dans le coma.

A l'autopsie, outre deux anciens foyers de ramollissement, l'un occupant le noyau lenticulaire du corps strié, l'avant-mur et la capsule externe et l'autre, le lobule pariétal supérieur, on trouve la circonvolution de Broca intacte ainsi que l'insula ; un foyer de ramollissement très étendu, intéressant en dedans le noyau lenticulaire et la capsule interne, et sectionnant en dehors et en haut les pieds de la pariétale ascendante, de la frontale ascendante et de la troisième circonvolution frontale.

Dans la protubérance, existe un petit foyer hémorragique ; dans le bulbe une asymétrie due à l'atrophie de la moitié gauche, et une dégénérescence du faisceau pyramidal croisé et du cordon de Turck. OZENNE.

X. — L'auteur résume un certain nombre d'observations, où une perturbation cérébrale détermine de l'aphasie transitoire et en même temps une impossibilité d'écrire correctement les mots. L'aphasie disparaît, mais les désordres de l'écriture persistent. Le malade a besoin de faire une nouvelle éducation, et de rapprendre à écrire la lettre et l'ortographe. Les graphiques que fournit Stone, à titre de spécimens, montrent en effet que l'écriture est celle d'un écolier, et qu'elle s'améliore progressivement de la même manière. Il résulte de ces faits que la mémoire graphique est plus lente à revenir que la mémoire orale. H. R.

I. — Weitere Mitheilungen über einsortige Bulbuszerstörung (Nouvelles recherches sur les effets de la destruction d'un des bulbes oculaires sur le cerveau, par FÜRSTNER (*Berl. klin. Woch.*, 27 *juin* 1881).

II. — Weitere Mittheilungen über etc. (Nouvelles recherches concernant l'influence de la destruction d'un des globes oculaires sur le développement des hémisphères cérébraux, par LE MÊME (*Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, *Bd XII*, *Heft* 3).

III. — Ueber die sensorielle Fonction des Grosshirns nach den neueren Experimenten und den klinischen Beobachtungen beim Menschen (Des fonctions sensorielles du cerveau d'après l'expérimentation et la clinique), par A. WETTER (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *Bd XXXII*, *Heft* 6).

IV. — Deux cas d'hémiopie, par WESTPHAL (*Berl. klin. Woch.*, 6 *décembre* 1880).

V. — Ueber Hemianopie, par PFLÜGER et LICHTHEIM (*Corr. Bl. f. schweiz. Aerzte*, 15 *octobre* 1882).

VI. — De l'amblyopie croisée et de l'hémianopie dans les lésions cérébrales. Nouveau schéma du trajet présumé des fibres optiques, par GRASSET (*Montpellier méd., février* 1883).

VII. — Nervenfaserverlauf im Opticus und Retina (Trajet des fibres optiques dans le nerf optique et la rétine), par von GUDDEN (*Berl. klin. Woch.*, 9 *octobre* 1882).

VIII. — Ueber Cortex-Hemianopie (De l'hémianopie d'origine corticale), par O. HAAB (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk.*, *mai* 1882).

IX. — Contribution à l'étude des troubles de la sensibilité et de la vue dans les cas de lésions de l'écorce des hémisphères, par M. BERNHARDT (*Arch. f. Psych. und Nervenkr. Bd XII, Heft* 3).

X. — Hémiachromatopsie, par SWANZY (*Brit. med. journal, p.* 117, *juillet* 1883).

XI. — Affection cérébrale probable du chiasma, par GNAUCK (*Berl. klin. Woch.*, 24 *septembre* 1883).

XII. — A new nervous connection between intracranial disease and choked disc (Un rapport non étudié entre la papille étranglée et les affections intracrâniennes), par LORING (*New York med. journ.*, *juin* 1882).

XIII. — Ueber Hemianopsie nasalis, par HERSCHEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 16, 1883).

XIV. — Doppelseitige Papillitis bei Gehirnabcess (Névrite optique double dans un cas d'abcès du cerveau), par ALEXANDER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 23, 1882).

XV. — Des paralysies des muscles oculaires de cause centrale, par L. LICHTHEIM (*Corresp. Bl. für schw. Aerzte*, *n°s* 1 *et* 2, 1882).

I. — Ces nouvelles expériences, au nombre de 15, ont été faites sur des chiens. En voici les résultats communiqués au 6e congrès des aliénistes allemands :

La destruction d'un bulbe oculaire n'a jamais été suivie d'atrophie du lobe occipital ; 10 fois sur 15 Fürstner a noté une différence de développement de la totalité des hémisphères cérébraux au détriment du côté opposé à la lésion ; 4 fois il n'a constaté aucune différence et 1 fois même le côté du cerveau opposé à la lésion oculaire était plus développé que l'autre.

L'examen microscopique du lobe occipital n'a donné que des résultats négatifs.

Enfin, Fürstner a noté une légère atrophie des tubercules quadrijumeaux opposés et une dégénération du nerf moteur oculaire commun du côté opéré. J. B.

II. — Chez 15 chiens nouveau-nés, Fürstner a extirpé l'un des globes oculaires, pour étudier l'influence que cette méthode exercerait sur le développement des hémisphères cérébraux. Munk, qui avait déjà fait des expériences analogues, était arrivé à ce résultat que l'extirpation d'un des

globes oculaires chez un animal nouveau-né entraîne une atrophie circonscrite de l'hémisphère du côté opposé, atrophie qui intéresse la portion du lobe occipital considéré par Munk comme le siège de la perception des impressions visuelles ; que cette atrophie est rendue plus apparente par un développement compensateur de la portion correspondante du côté opposé. Ces anomalies du développement atteindraient leur maximum, au dire de Munk, au bout de deux ou trois mois, et seraient difficiles à étudier à l'œil nu.

Fürsnter, dans ses expériences, a bien observé une atrophie de l'hémisphère du côté opposé, consécutive à l'extirpation de l'un des globes oculaires ; mais l'atrophie intéressait cette portion de l'hémisphère, qui est constituée par les première et deuxième circonvolutions et s'étendait depuis la pointe du lobe occipital jusqu'au point où la circonvolution moyenne se confond avec la circonvolution post-frontale ; cette atrophie a été constatée sur 10 des 15 chiens qui ont servi aux recherches de Fürstner ; chez tous ces animaux il existait une atrophie du nerf optique, qui se poursuivait dans la bandelette optique du côté opposé, et dans le tubercule quadrijumeau antérieur ; dans aucun de ces cas, la portion du lobe occipital considérée par Munk comme le centre de la vision n'était atrophiée du côté opposée à la mutilation périphérique ; il n'y avait pas non plus d'hypertrophie du même côté, et l'examen histologique de cette portion de l'écorce du lobe postérieur donna des résultats tout aussi négatifs. Fürstner en conclut que ce procédé d'investigation ne saurait nous éclairer sur les relations possibles entre la rétine et l'écorce grise des hémisphères, comme l'avait affirmé déjà Gudden. E. RICKLIN.

III. — Dans une première partie, l'auteur fait le tableau des résultats auxquels sont parvenus les physiologistes dans ces derniers temps sur les fonctions sensorielles du cerveau. Dans une seconde partie, il expose les conclusions auxquelles a mené la clinique ; il les résume ainsi qu'il suit :

1° Chez l'homme, la sphère visuelle siège dans le lobe occipital. C'est là qu'aboutit l'atrophie ascendante des nerfs optiques après une amaurose de longue durée, c'est donc là, ainsi que l'indiquent les expériences de Munk, que se trouve l'origine centrale du nerf optique.

2° Les cas de Fürstner, bien que les lésions soient un peu diffuses pour une localisation précise, et qu'elles s'étendent aussi sur d'autres régions corticales, montrent que le ramollissement étendu de l'écorce du lobe occipital peut supprimer complètement la vision (amaurose centrale, cécité corticale d'après Munk) ; ils rappellent la cécité psychique admise par Munk et par Goltz.

3° Les lésions corticales limitées au lobe occipital provoquent l'amblyopie dans l'œil au côté opposé, la faiblesse de la vue dans l'œil homologue (Petrina). Il serait très utile que des mensurations précises pussent en semblable occurrence déterminer l'étendue de la perte partielle du champ visuel.

4° Les ramollissements de la substance blanche dans le lobe occipital, et de même les lésions profondément situées dans le lobe pariétal et pouvant intéresser les tractus optiques dans leur trajet vers la couche optique, déterminent constamment une hémianopsie latérale dans le champ visuel du côté opposé.

5° Les lésions de la capsule interne dans son segment postérieur, amènent l'amblyopie de l'œil du côté opposé et le rétrécissement concentrique de son champ visuel.

6° Entre les phénomènes signalés dans les deux paragraphes précédents, il peut exister des intermédiaires variés, suivant que la capsule interne ou le tractus optique sont plus particulièrements atteints.

7° La lésion de la première circonvolution temporale détermine la surdité verbale. Dans un cas de Petrina, la lésion était limitée à cette circonvolution. La surdité de cause centrale n'a pas encore été nettement constatée à la suite de lésions de la première temporale. Toutefois, l'atrophie ascendante du nerf acoustique après une surdité de longue durée, semble montrer que ce nerf aboutit au lobe temporal.

8° Tripier et Petrina ont démontré que la zone psychomotrice elle-même possède des propriétés sensitives. Les troubles de la sensibilité ont été marqués surtout après des lésions de la circonvolution de Broca, des circonvolutions centrales au voisinage du sillon de Rolando et du lobule pariétal supérieur.

9° Les troubles de la sensibilité limités à certaines régions du corps seront peut-être dans l'avenir d'une importance aussi considérable pour le diagnostic des lésions corticales que les monoplégies motrices. Les combinaisons variées des troubles qualitatifs de la sensibilité dans les lésions corticales, indiquent des centres sensitifs spéciaux, analogues aux centres moteurs et aux localisations de la sensibilité dans la moelle.

10° Il appartient à l'avenir de démontrer si les lésions limitées à l'écorce ne produisent chez l'homme des paralysies que par le trouble du sentiment de l'innervation et par la disparition des images représentatives du mouvement. Les conclusions de Petrina, l'absence de troubles moteurs à la suite des lésions corticales superficielles plaident en faveur de la théorie de Munk.

Il est besoin cependant de nouvelles preuves à l'appui.

11° D'autre part les lésions corticales profondes qui intéressent les faisceaux pyramidaux sous-jacents déterminent des hémiplégies complètes. La zone psychomotrice renferme donc un département cortical sensitif et moteur. Ce département provoque les mouvements du corps entier. D'autre part il transmet les sensations qui viennent de la périphérie. Toutefois la zone sensorielle située plus en arrière présente pour l'intelligence une importance très marquée ; en effet, les lésions qui l'atteignent produisent la cécité ou la surdité verbale. Quand elle est irritée elle donne lieu à des hallucinations ; toujours en tous cas, sa lésion détermine des troubles marqués de l'intelligence qui montrent l'importance des régions postérieures dans le fonctionnement des sens et les opérations intellectuelles. A. MATHIEU.

IV. — Premier cas : malade ayant depuis plusieurs années des attaques de convulsions bornées au côté gauche, avec conservation de la conscience ; à la suite des attaques paralysie toujours passagère de la moitié du corps qui avait été le siège des convulsions. En même temps il existait une hémianopsie bilatérale nettement délimitée, la perte de la vision correspondant à la moitié gauche du champ visuel.

Mort dans un accès convulsif.

A l'autopsie, foyer d'encéphalite dans la substance blanche du lobe occipital droit, ayant envahi la substance blanche du lobe pariétal et des circonvo-

lutions temporales attenantes; ces circonvolutions se trouvaient sur un niveau un peu inférieur et paraissaient moins volumineuses. Intégrité de la substance corticale.

La région motrice (circonvolutions centrales) était parfaitement saine.

Westphal estime que ce fait prouve, contrairement à Charcot, que l'hémianopsie homonyme latérale peut tenir aussi à des foyers morbides de la substance des hémisphères cérébraux et non pas seulement à une lésion des bandelettes ou des couches optiques, les unes et les autres parfaitement normales dans le cas ci-dessus.

Dans le second cas, il existait des accès répétés de convulsions limitées à la moitié droite du corps, sans perte de connaissance et avec hémiparésie passagère. En outre, il s'était produit d'une façon définitive une diminution de la sensibilité cutanée de la moitié droite du corps et un trouble spécial du sens musculaire des membres droits. Enfin, il équivaut à l'hémianopsie latérale nettement délimitée; la perte de vision affectant les moitiés droites du champ visuel.

V. — Dans les cinq dernières années, Pflüger a observé 5 exemples d'hémianopsie dont 3 d'hémianopsie homonyme et 2 d'hémianopsie hétéronyme temporale.

L'autopsie du premier cas d'hémianopsie homonyme a révélé la présence d'un foyer hémorragique de la grosseur d'une petite pomme, dans le corps strié droit et dans la partie inférieure de la couche optique avec altération de la substance blanche limitrophe.

Dans l'état actuel de nos connaissances l'hémianopsie homonyme peut être rattachée aussi bien à une affection de la base, intéressant une bandelette optique qu'à une lésion centrale; le diagnostic différentiel est souvent impossible; une lésion de la base est très vraisemblable pour le second malade de Pflüger, tandis que chez le dernier, il y a plus de probabilité pour une affection centrale.

Quant aux deux faits d'hémianopsie hétéronyme temporale, il est sûr qu'il s'agit d'une affection du chiasma qui a épargné une partie des faisceaux latéraux non entrecroisés. Toutefois, chez l'un des deux malades, le faisceau gauche finit par être détruit, car après deux ans d'observation l'œil gauche était devenu complètement aveugle.

Pour les hémianopsies hétéronymes latérales, on peut exclure en toute certitude une cause centrale depuis que l'anatomie pathologique et l'expérimentation ont montré que les fibres des bandelettes ne s'entrecroisent pas centralement comme le croient Schön et Charcot, mais qu'elles se terminent entièrement dans l'hémisphère cérébral correspondant, point qui est aussi bien acquis que celui de leur entrecroisement partiel au niveau du chiasma.

Relativement à la pathogénie de la forme d'hémianopsie la plus commune, l'homonyme, on a d'après Lichtheim les notions suivantes :

1° Chaque bandelette optique de l'homme conduit les fibres aux moitiés rétiniennes homonymes;

2° Dans la substance corticale, chaque hémisphère correspond aux moitiés homonymes des rétines.

Donc, il est à présumer que les choses se passent de même dans le trajet intermédiaire.

Les seuls faits cliniques contradictoires sont ceux d'hémianesthésie cérébrale, c'est-à-dire ceux où avec un foyer cérébral limité à un côté, coïncide un affaiblissement de la vue dans la totalité du champ visuel de

l'œil opposé. De nouvelles observations sont nécessaires pour expliquer ces faits, car l'hypothèse de Charcot, que l'écorce cérébrale d'un côté correspond à l'œil opposé, n'est plus acceptable.

Quant aux hémianopsies temporales elles tiennent indubitablement à une lésion des portions internes du chiasma.

En ce qui concerne les diminutions unilatérales du champ visuel, il est tout à fait exceptionnel qu'on puisse les rapporter, comme le fait Pflüger, à une origine périphérique et leur interprétation n'offre aucune difficulté si l'on admet les idées de Munk sur les relations entre la sphère optique de l'écorce cérébrale et le champ visuel. J. B.

VI. — Après avoir montré l'insuffisance du schéma de Charcot et du schéma récemment proposé par Féré, Grasset en propose un, qui aurait l'avantage de pouvoir s'adapter à tous les faits jusqu'ici connus. M. Grasset met en relief les objections principales que la clinique et la physiologie expérimentale opposent au schéma de Charcot ; il cite d'abord treize observations d'hémianopsie par lésion intra-cérébrale, puis il invoque contre le schéma de Féré, une autre série de faits dans lesquels la lésion cérébrale a produit non l'hémianopsie bi-latérale, mais l'amblyopie croisée.

Pour résumer graphiquement l'état actuel de nos connaissances sur cette délicate question de séméiologie cérébrale, l'auteur croit donc utile de présenter un nouveau schéma, mais sous la réserve expresse de ne le présenter qu'à titre d'hypothèse provisoire.

Ce schéma figuré à côté des deux précédents, dans une planche qui rend d'une manière fort claire ce que veut exposer Grasset, peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° Les fibres internes du nerf optique s'entrecroisent au chiasma tandis que les fibres externes continuent directement.

2° Les fibres externes s'entrecroisent en arrière du chiasma (vers les tubercules quadrijumeaux) de sorte que l'entrecroisement est alors complet pour toutes les fibres optiques et que dans chaque capsule interne se trouvent réunies toutes les fibres de l'œil opposé.

3° Les fibres externes subiraient un second entrecroisement au delà de la capsule interne, avant d'aboutir aux circonvolutions de sorte que chaque lobe occipital contiendrait les fibres externes de l'œil du même côté et les fibres internes de l'œil opposé.

Ce troisième entrecroisement, si on admet cette hypothèse, pourrait être placé dans le corps calleux. Le faisceau externe décrirait donc une sorte de boucle pour passer dans l'hémisphère opposé. Grasset reconnaît que ce trajet est un peu compliqué, mais l'ensemble des faits qu'il doit servir à expliquer est aussi très complexe. Il y a d'ailleurs un précédent à peu près admis. Dans le schéma proposé par Landouzy pour expliquer la déviation conjuguée de la tête et des yeux (*R. S. M.*, XV, 160) le faisceau externe du spinal décrit une boucle pareille à celle que le schéma actuel de Grasset fait décrire au faisceau externe du nerf optique. A. MOSSÉ.

VII. — Les recherches ont été faites chez de jeunes lapins.

Le tubercule quadrijumeau supérieur est le centre visuel de l'œil opposé. En effet son extirpation entraîne une cécité de cet œil et a pour

conséquence une raréfaction proportionnelle des fibres nerveuses du nerf optique et de la rétine.

Un noyau situé plus en avant est le centre des mouvements pupillaires ; après une ablation, la pupille se dilate et l'on observe une nouvelle diminution des fibres nerveuses.

Le corps genouillé externe est peut-être le centre dilatateur de la pupille, car sa destruction, qui est suivie de l'atrophie complète du nerf optique et de la rétine, provoque la fixité de la pupille dans un état de dilatation moins considérable que la préexistante. J. B.

VIII. — Les autopsies sont rares, qui prouvent d'une façon péremptoire qu'une lésion d'un lobe occipital est cause d'hémiopie homonyme, et plus rares encore sont celles qui montrent, dans ce cas, la lésion du lobe postérieur exclusivement limitée à la zone corticale. Lors donc, qu'en pareil cas, on ne trouve dans toute la masse cérébrale rien qui puisse rendre compte des troubles visuels, on est bien forcé d'admettre que le centre de la vision siège dans le point de l'écorce cérébrale dont la lésion a donné lieu à l'hémiopie. L'on sait positivement que c'est dans le lobe cérébral postérieur que siège le centre visuel : mais ce que l'on ignore c'est le siège précis de ce sens, l'étendue de la masse corticale où ce localise ce centre, et enfin s'il n'est pas sujet à se déplacer sur la couche corticale.

Deux observations, l'une du professeur Huguenin, l'autre de l'auteur montrent clairement que, dans chacune d'elles, une tumeur siégeant dans le sillon de l'hippocampe, avait donné lieu aux symptômes de l'hémiopie : nulle autre lésion cérébrale n'existait qui eût donné lieu à des troubles visuels ou autres. ROHMER.

IX. — Une première observation est relative à une femme de 57 ans qui eut en mai 1877 une première attaque d'hémiparésie du côté droit, avec léger embarras de la parole, mais sans perte de connaissance. L'attaque avait été annoncée par des nausées et par des vomissements. Au bout de 15 jours la malade marchait de nouveau comme avant. L'année suivante, quand Bernhardt la vit pour la première fois, elle se plaignait d'une faiblesse de l'œil droit et d'une certaine difficulté de se servir de la main droite. Un examen minutieux de l'acuité visuelle fit voir que la perception des impressions lumineuses péchait par défaut de netteté, de chaque côté dans les 2/3 supérieurs du champ visuel. Le fond de l'œil était parfaitement normal. Il existait en outre un certain degré de dyschromatopsie limitée à cette même portion du champ visuel. La sensibilité tactile du bras droit et surtout de l'avant-bras était diminuée, et de même pour la sensibilité musculaire.

L'auteur rapproche cette observation d'un fait analogue publié il y a deux ans (1881) par Samelsohn et où à la suite d'une attaque d'apoplexie, il était resté une légère hémiparésie motrice à droite, sans trouble de la sensibilité tactile, avec hémianopsie à gauche. Bernhardt avait lui-même rapporté antérieurement un exemple d'hémiparésie motrice gauche avec hémianopsie droite.

Dans une troisième observation il est question d'un homme de 50 ans, qui était depuis quelque temps déjà affecté d'une sciatique, lorsqu'il fut frappé subitement d'une hémiparésie de tout le côté gauche, plus marquée à la face et au membre supérieur qu'au membre inférieur. Dans le côté gauche le malade éprouvait en outre une sensation anormale « comme si on l'avait frappé avec un bâton. » Enfin il existait une hémianopsie totale à gauche.

Une quatrième observation a trait à une femme de 45 ans qui, fort affectée

de la mort de son fils, avait vu sa mémoire faiblir ; en même temps se développait de la faiblesse dans les membres du côté gauche, sans qu'il y eût paralysie, la sensibilité tactile et plus encore la sensibilité thermique étaient notablement diminuées de ce même côté, ainsi que la sensibilité électro-cutanée et électro-musculaire. Quand la malade riait, il se produisait une légère déviation de la face à droite. La pupille gauche était un peu plus dilatée que la droite. Il y avait en outre une hémianopsie à gauche, très nette.

Dans une cinquième observation il est question d'un homme de 39 ans qui se réveilla un matin avec un affaiblissement marqué de la jambe droite et une sensation de brûlure à l'oreille du même côté. En l'examinant, Bernhard constata qu'il avait la pupille droite un peu plus dilatée qu'à gauche. L'acuité visuelle était normale des deux côtés, il n'y avait pas d'hémianopsie, pas d'achromatopsie, pas de troubles sensoriaux, mais de l'engourdissement de l'oreille droite. De plus, quand le malade tournait la tête à droite, elle éprouvait une sensation particulière, indéfinissable, dans la moitié droite de la face, du cou et de la nuque, au niveau du membre supérieur du même côté, le cinquième doigt excepté.

Enfin les mouvements volontaires exécutés par le membre étaient empreints d'une ataxie très manifeste.

Bernhardt, en se basant sur des résultats expérimentaux et des faits cliniques avec autopsie empruntés à d'autres observateurs, cherche à persuader que le complexus symptomatique réalisé par les malades dont les observations précèdent ne peut être imputable à une lésion des ganglions centraux et des rameaux de transmission (capsule interne) qui les relie, qu'il s'agissait très vraisemblablement, dans ces cas, de lésions superficielles de cette partie de l'écorce qui représente le centre de la perception consciente. E. RICKLIN.

X. — Un homme, âgé de 77 ans, éprouve en novembre 1882 une légère attaque d'apoplexie, et perd connaissance pendant quelques heures, sans présenter ni aphasie, ni paralysie d'aucune sorte. Le seul symptome qu'il éprouve est un trouble de la vision et un peu de fatigue cérébrale. Cinq mois plus tard, l'auteur examine son œil, le malade étant venu se plaindre à lui qu'il reconnaissait mal les objets. L'examen des yeux montra une intégrité apparente complète : à gauche, une légère opacité périphérique du cristallin, incapable d'expliquer les troubles de vision du malade. Swanzy pensa que ces troubles dépendaient d'une lésion cérébrale circonscrite. Le malade accusait notamment un défaut d'appréciation des couleurs qui l'empêchait de distinguer les figures de ses amis : cependant il pouvait reconnaître les verres colorés d'Holmgren.

En examinant le champ visuel au moyen de ces verres colorés, Swanzy trouva que le côté gauche du champ de chaque œil était totalement aveugle pour les couleurs, tandis qu'à droite elles étaient régulièrement perçues. Ce fait intéressant montre bien que les éléments nerveux qui président à la perception des couleurs sont situés dans le cerveau, et non dans l'appareil visuel périphérique; et en second lieu, que la perception des couleurs a un centre cérébral distinct de celle de la forme des objets et de la perception de la lumière. H. R.

XI. — Homme de 35 ans, qui depuis un an éprouve des douleurs de tête, des bourdonnements d'oreilles et un affaiblissement de la vue, se révélant, à l'examen, comme une perte de la moitié externe du champ visuel des deux yeux.

4 mois après le début des accidents est survenue une aggravation considérable des troubles oculaires au milieu de douleurs excessives de la tête, de la nuque et des lombes. Il n'avait aucune altération de la motilité ni de la sensi-

bilité. La colonne vertébrale était douloureuse au moindre contact, le réflexe rotulien avait disparu et tout le corps était un peu œdématié sans albuminurie.

Peu à peu l'état général s'est amélioré et les réflexes rotuliens sont reparus, mais depuis 8 mois l'état de la vision est resté sensiblement le même. Il existe une hémianopsie hétéronyme latérale, nettement délimitée verticalement par le point de fixation.

La pupille gauche a la couleur de l'atrophie, la droite est pâle.

L'acuité visuelle est de 1/2 à droite et de 1/12 à gauche. Les pupilles réagissent.

Les autres nerfs crâniens n'offrent rien d'anormal.

Grauck croit avoir affaire à une tumeur de l'angle antérieur du chiasma.

J. B.

XII. — L'auteur s'efforce d'établir le bien fondé des propositions suivantes :

1° Que la théorie vaso-motrice, avancée par Benedikt, est insuffisante à expliquer le mode de transmission des irritations morbides dans l'encéphale et la névrite optique qui en est le résultat;

2° Que l'irritation est transmise, non par les fibres isolées du sympathique, mais par le trijumeau ;

3° Que la papille étranglée, en rapport avec les affections cérébrales, n'est pas simplement un trouble vaso-moteur qui conduit à la stase et à l'inflammation en raison des conditions anatomiques des parties affectées, mais bien une véritable névrite, expression de l'irritation de certaines fibres de la cinquième paire qui n'ont pas seulement pour fonction de régler l'apport du sang dans la papille et son voisinage, mais qui entretiennent le processus de désassimilation et de réparation des éléments des tissus eux-mêmes. (C'est la vieille théorie des nerfs trophiques spéciaux, appliquée d'une manière assez inattendue au nerf optique.) H. BARTH.

XIII. — Une femme de 39 ans, jusque-là bien portante, éprouve du malaise pendant quelques heures, puis tombe sans connaissance. Au bout d'une heure, elle retrouve l'usage de ses sens. Le lendemain matin elle est remise et retourne à ses occupations.

L'accident est arrivé le 15 décembre 1880. Depuis cette époque elle a périodiquement des douleurs lancinantes aux bras et aux jambes, et des douleurs qui de l'occiput s'irradient jusqu'au front.

Au mois de mai 1882 on constate que le cœur est normal, que l'urine ne présente ni sucre ni albumine, qu'il n'y a pas chez la malade des traces de syphilis ancienne. Pas de troubles de sensibilité cutanée musculaire ou tendineuse, pas de troubles de motilité ni de coordination. Les sens spéciaux fonctionnent normalement.

La vision seule est défectueuse. Le champ visuel des deux yeux est notablement rétréci et c'est la partie interne ou nasale qui en est abolie. Mais il résulte de la conservation de la moitié externe que la vision binoculaire n'est pas compromise. La perception des couleurs est troublée des deux côtés : la malade ne distingue pas le rouge et le vert. Quant à l'acuité visuelle, elle est conservée à gauche, diminuée à droite. Les pupilles réagissent bien. A l'ophtalmoscope on trouve la décoloration atrophique des deux papilles intéressant surtout les segments temporaux.

Bien que les troubles visuels aient échappé à la malade elle-même pendant les quatre mois qui ont suivi l'accès apoplectiforme primitif, il est rationnel néanmoins de les rapporter à la même cause, d'autant plus que la patiente est peu intelligente, ne sait pas lire et n'a pas remarqué autre chose qu'une diminution de l'acuité visuelle à droite.

On peut donc supposer que la cause de l'hémiopie nasale est une hémorragie du cerveau, et l'auteur admet que l'hémorragie s'est produite dans deux régions symétriques des lobes occipitaux. Cette double lésion corticale expliquerait quelques symptômes consécutifs à l'attaque : les troubles de la mémoire par exemple.

La supposition de l'auteur sera-t-elle confirmée par l'autopsie? Ou bien découvrira-t-on une lésion symétrique des deux angles latéraux du chiasma ?

XIV. — La névrite optique ne peut plus être considérée comme un symptôme pathognomonique des tumeurs cérébrales ; elle se produit dans tous les cas de compression du nerf optique par le refoulement du liquide arachnoïdien.

Un sujet de 19 ans éprouve au mois de décembre 1882 de violentes douleurs de tête avec des vomissements repétés. Bientôt il devient triste, somnolent, et en février 1882 il a un accès apoplectiforme.

A partir de ce moment, l'acuité visuelle diminue progressivement.

L'auteur l'examine au mois de mars ; les papilles sont obscurcies et gris rouge; les veines, anormalement développées, disparaissent sur certains points dans des foyers de dégénérescence grise et dans des foyers hémorragiques, et reparaissent à d'autres places. Les artères sont peu modifiées. En présence de ces signes de névrite optique double, l'auteur diagnostique une tumeur cérébrale et prescrit de l'iodure de potassium et un séton à la nuque.

Attaque apoplectiforme et mort le 10 avril.

A l'autopsie, abcès du lobe frontal droit, long de 6 centimètres et large de 4. L. GALLIARD.

XV. — Dans ce travail Lichtheim tend à établir qu'il existe un type clinique de paralysie oculaire correspondant à une lésion des noyaux d'origine des nerfs oculo-moteurs.

L'observation qui sert de base au mémoire est celle d'une jeune fille de 21 ans. L'affection actuelle a débuté il y a 3 ans par une chute progressive des paupières supérieures, d'abord à l'œil gauche, puis au droit. Présentement, cette malade offre une paralysie bilatérale des deux moteurs oculaires communs, plus également répartie, sur tous les muscles, du côté gauche, où il existe en outre une paralysie presque complète du moteur oculaire externe et du pathétique. En revanche, contraste surprenant, les pupilles et l'accommodation sont demeurées intactes.

Cette femme ne présente pas d'autres phénomènes cérébraux, L'iodure de potassium, la strychnine et d'autres médications n'ont pu modifier les troubles morbides qui sont devenus stationnaires.

Vu l'intégrité des nerfs ciliaires on ne peut songer à une paralysie périphérique, d'origine intra-crânienne, à une lésion de la base du crâne.

On cite bien des faits exceptionnels (Lichtheim en a vu lui-même) de paralysie du moteur oculaire commun d'origine indubitablement périphérique où la paralysie du sphincter irien et de l'accommodation manquait. On les explique en admettant que dans certains cas les nerfs ciliaires au lieu de naître du tronc oculaire commun viennent de l'oculaire externe. Mais ici il ne peut s'agir de cette anomalie, puisqu'à gauche on constate une paralysie de ce dernier nerf.

L'origine intra-orbitaire se trouve exclue par la même raison.

Dailleurs, il existe dans la science d'autres observations analogues à celle de Lichtheim.

Albrecht von Graefe (*Berlin. klin. Woch.*, 1868, n° 11) a présenté, à la société médicale de Berlin, une malade dont l'affection ne différait

qu'en ce que la ptose palpébrale était moins marquée et que la paralysie, absolument uniforme dans les deux yeux, atteignait également tous les muscles et était par conséquent semblable à celle de l'œil gauche de la malade de Lichtheim. Albrecht von Graefe avait rencontré un certain nombre de cas analogues. Dans tous l'affection avait mis des années à se développer, en l'absence de tout autre phénomène morbide, était ensuite devenue stationnaire et demeurée rebelle à tout traitement. Chez les malades de Graefe, dernier trait commun, les fibres de l'accommodation du sphincter pupillaire étaient restées indemnes.

Von Graefe (*Graefe und Sæmisch*, *Hand. der Augenheilk.*, VI, p. 94) dit avoir observé 3 faits du même ordre, et un certain nombre des observations de J. Hutchinson (*R. S. M.*, XII, 656, et XXI, 581), semblent aussi appartenir à cette catégorie.

Comme après avoir aboli tous les mouvements de l'œil, la maladie ne fait plus de progrès il faudra un heureux hasard pour qu'on puisse faire une autopsie. En attendant, il reste le traitement pour essayer de fixer le siège de l'affection.

L'origine intra-crânienne et l'origine intra-orbitaire se trouvant déjà éliminées, il n'y a plus que deux suppositions possibles : une lésion primitive des muscles et une lésion intra-cérébrale.

Pour écarter l'origine primitivement musculaire de la maladie, il suffit de se rappeler que certains muscles sont intacts.

L'origine intra-cérébrale, nucléaire, reste seule admissible et comme le pathétique subit un entrecroisement, il en résulte que nous devons admettre, chez notre malade, une lésion des noyaux des deux nerfs oculaires communs, du noyau du pathétique droit et de celui du moteur oculaire externe gauche.

Pour Lichtheim, comme pour de Graefe et Hutchinson, il y a lieu de rapprocher ce complexus symptomatique de la paralysie bulbaire. Ce serait une forme morbide analogue mais siégeant dans des noyaux plus élevés, au niveau de la protubérance et des pédoncules. Les analogies entre les deux affections sont multiples : bilatéralité, symétrie plus ou moins parfaite, inégalité d'envahissement des divers districts atteints. Il n'y a de différence que quant à l'issue de la maladie, ce qui dépend du siège des lésions et du plus ou moins d'importance vitale des fonctions lésées.

De même qu'à côté de la paralysie bulbaire chronique à marche progressive, il y a une forme aiguë, de même à côté de l'affection progressive des noyaux nerveux des muscles oculaires, il existe une forme analogue à développement brusque ou très rapide dans laquelle, comme dans la paralysie bulbaire aiguë, la disposition symétrique n'est plus si nette et où le groupement des paralysies s'opère moins selon les parentés fonctionnelles que selon les rapports anatomiques.

Le cas suivant, communiqué à l'auteur par Pflueger, en est un exemple :

Mécanicien de chemin de fer âgé de 54 ans. Il y a 12 ans, infection syphilitique suivie d'accidents secondaires. 8 ans plus tard, période de violentes céphalées frontales que le malade soulageait en s'exposant au vent froid d'hiver sur sa locomotive. Un jour il se réveille avec de la

diplopie et une ptose palpébrale double, plus forte à gauche; en même temps les douleurs de tête avaient disparu.

Le traitement antisyphilitique se montra impuissant. Actuellement cet homme ne présente d'autres manifestations spécifiques que quelques ganglions. Les muscles moteurs des deux yeux sont paralysés, à l'exception du droit externe gauche et de l'oblique supérieur droit. Les pupilles dilatées, immobiles, sont complètement paralysées mais l'accommodation est conservée des deux côtés. Ce malade a donc une paralysie de tous les nerfs oculo-moteurs, sauf le moteur externe gauche et le pathétique droit.

D'autre part il semble d'après certains faits que cette forme aiguë, en s'étendant, puisse devenir mortelle. C'est ainsi que Wernicke relate 3 observations très analogues à celles ci-dessus, dans lesquelles les paralysies oculaires se développèrent au milieu de somnolence ou délire et se compliquèrent d'un peu d'ataxie et de rigidité des membres inférieurs. La mort arriva en 10 ou 14 jours.

L'autopsie, confirmant le diagnostic posé pendant la vie, montra une encéphalite hémorragique de la substance grise comprise entre la partie postérieure du plancher du 4e ventricule, en passant par l'aqueduc, et la partie postérieure de la fosse de la coiffe pédonculaire.

Wernicke a donné le nom de poliencéphalite supérieure à cette affection, par opposition au terme de poliencéphalite inférieure, sous lequel il désigne la forme correspondante de la paralysie bulbaire. J. B.

I. — **Ein Fall von Embolie der Arterien des Lendenmarkes (Un cas d'embolie artérielle de la moelle lombaire), par N. WEISS** (*Wien. med. Woch.*, *n°* 42, 1882).

II. — **En secundära Degeneration i förlängda märgen och i riggmärgen (Dégénérescence secondaire du bulbe et de la moelle), par E.-A. HŒMEN** (*Bull. Soc. méd. Finland*, *p.* 110, 1882).

III. — **Cas d'atrophie musculaire étendue avec lordose paralytique des lombes, par L. LANGER** (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band XXXII*, *p.* 395).

IV. — **Fait de dégénérescence grise du système nerveux central avec remarques sur l'élongation des nerfs, par WESTPHAL** (*Charité-Ann. VIII*, *Jahrg.*, *p.* 372).

V. — **Périméningite spinale aiguë, par LEMOINE et LANNOIS** (*Rev. de médec.*, *p.* 532, 1882).

VI. — **Sur une forme particulière et curable de myélite centrale diffuse chronique, par DÉJERINE** (*Ibid.*, *mars et avril* 1882).

VII. — **Des paralysies générales spinales à marche rapide et curables, par LANDOUZY et DÉJERINE** (*Ibid.*, *août et décembre* 1882).

VIII. — **Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Rückenmarkserkrankungen, par E. STADELMANN** (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Bd XXXIII*, *p.* 125, 1883).

IX. — **Amyotrophies consécutives à deux accès de goutte simulant l'atrophie musculaire progressive, par CORNILLON** (*Progr. méd.*, 26 *mai* 1883).

X. — **Des troubles aigus de la coordination motrice consécutifs aux maladies aiguës, par H. LENHARTZ** (*Berlin. klin. Woch.*, *mai* 1883).

XI. — Un cas d'atrophie musculaire progressive, de la forme héréditaire et juvénile, par IMMERMANN (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, 15 *juin* 1883).

XII. — Autopsie d'un cas d'atrophie musculaire progressive, par HUGUENIN (*Ibid.*, *p.* 303).

XIII. — Du tabes spasmodique, par N. WEISS (*Wien. med. Woch.*, *n°* 7, 1883).

XIV. — Sur la forme dite temporaire de l'atrophie spinale aiguë des adultes, par M. BERNHARDT (*Arch. f. path. Anat. und Phys.*, *Bd XCII*, *p.* 369, 1883).

XV. — Du mal perforant dans ses rapports avec les affections du système nerveux central, par F.-A. SOUTHAM (*Brit. med. journ.*, *p.* 1222, *juin* 1883).

XVI. — Cas de paralysie complète avec rigidité, terminée par guérison, par GLYNN (*Ibid.*, *septembre* 1883).

XVII. — Mal de Pott à symptômes obscurs, par ATKIN (*Ibid.*, *novembre* 1883).

XVIII. — Recherches histologiques sur la dégénération secondaire de la moelle, par KUSMIN (*Wien. med. Jahrb.*, *Heft* 4, *p.* 591, 1883).

XIX. — Névromes multiples de la moelle et des nerfs périphériques, par HEUDENLANG et BÄUMLER (*Berl. klin. Woch.*, 29 *octobre* 1883).

XX. — Contribution à l'étude des localisations spinales. Autopsie d'un cas ancien de paralysie spinale, par H. SAHLI (*D. Arch. f. klin. Med. Bd XXXIII*, *Heft* 3 *et* 4, 1883).

XXI. — Etude sur la sclérose en plaques cérébro-spinales à forme de sclérose latérale amyotrophique, par DÉJERINE (*Rev. de méd.*, *mars* 1884).

XXII. — Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale spinale, diffuse, subaiguë, de Duchenne, et des déterminations médullaires du béribéri, par PROUST et BALLET (*Arch. de phys.*, *n°* 7, 1883).

I. — Un palefrenier de 18 ans était occupé au pansage des chevaux, le 6 juin 1879, lorsqu'il éprouva brusquement une douleur vive aux genoux, suivie d'affaiblissement subit des membres inférieurs. Le médecin constata une paraplégie complète avec anesthésie des membres inférieurs et paralysie du rectum et de la vessie. Pendant trois jours le malade fut en proie à d'atroces douleurs. Bientôt des escarres se produisirent au sacrum et aux trochanters; au bout de quatre semaines on vit survenir de l'œdème des jambes.

Le malade est apporté à l'hôpital le 9 octobre ; à ce moment la paraplégie est toujours complète ; les réflexes sont abolis. L'anesthésie des membres inférieurs s'étend en avant jusqu'aux aines, en arrière jusqu'aux dernières côtes. La constipation est opiniâtre, l'urine involontairement émise contient du pus et de l'albumine. Rien à noter au thorax et aux membres supérieurs sauf une légère contracture des muscles biceps. L'amaigrissement de ces parties contraste avec l'œdème des membres inférieurs.

Pas de déformation de la colonne vertébrale. Il y a seulement de la sensibilité à la pression des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires. Escarres trochantériennes et sacrées considérables. Pas d'incident nouveau jusqu'à la mort qui survient le 18 octobre.

Voici le résultat de l'autopsie faite par Chiari. Léger œdème des poumons. Le cœur n'est pas hypertrophié, mais la valvule mitrale présente un bord libre épaissi et quelques excroissances à la face supérieure. La rate hypertrophiée contient des infarctus hémorragiques récents. Les reins atrophiés pré-

sentent des plaques jaunes dans la substance corticale et des infarctus anciens. On y trouve les lésions du mal de Bright.

L'écorce du cerveau est semée de plusieurs foyers, gros comme des pois, d'infiltration cellulaire.

La moelle, normale dans les régions cervicale et dorsale, offre un segment lombaire complètement ramolli, diffluent, où le microscope ne montre plus que des vestiges d'éléments nerveux et de grandes cellules graisseuses. Cette portion ramollie est parcourue par une artère assez grosse, dure au toucher et manifestement thrombosée. D'autres artérioles de la région lombaire sont également obstruées par la fibrine.

Au voisinage des foyers cérébraux ramollis, les vaisseaux présentent des thromboses analogues. Les artères vertébrales, la spinale antérieure et les spinales postérieures ne contiennent que du sang liquide.

En résumé endocardite chronique de la mitrale, embolies de la rate, des reins, du cerveau et de la moelle. L'obstruction brusque des artères de la moelle a déterminé la paraplégie subite, foudroyante et incurable.

L. GALLIARD.

II. — Les traits principaux de ce mémoire peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Les dégénérescences secondaires de la moelle commencent non par la myéline mais par le cylindre-axe.

2° Trois semaines après une lésion du cerveau, on peut découvrir avec certitude une dégénérescence secondaire de la moelle.

3° Celle-ci peut apparaître, bien qu'exceptionnellement dans le ruban de Reil de la protubérance et de la moelle allongée.

4° Une atrophie légère de la corne antérieure ainsi qu'une dégénérescence peu importante des racines antérieures du côté affecté peuvent survenir sans qu'une altération visible ait lieu dans les cellules nerveuses de cette corne antérieure.

C. GIRAUDEAU.

III. — L'auteur rapporte un cas d'atrophie musculaire progressive très étendue, et de distribution assez particulière. Cette atrophie était survenue assez lentement à la suite d'un refroidissement intense. Elle s'était bientôt étendue à tous les muscles du tronc et des membres, à l'exception des muscles des jambes et des pieds, des avant-bras et des mains. Il s'était produit une incurvation extrême du tronc en arrière, une lordose extrêmement prononcée.

Cette observation est suivie de considérations sur les conditions qui peuvent amener les déviations semblables de la colonne vertébrale.

Il n'y a pas eu d'autopsie.

A. MATHIEU.

IV. — Observation très longue et très complexe au point de vue clinique et anatomique.

Homme de 31 ans. Parésie spasmodique, progressive, datant de 4 ans, des extrémités inférieures avec troubles variables de la sensibilité; phénomème du genou très accusé. Les symptômes progressant, on fait, au bout de quelques mois, l'extension du nerf crural droit ; immédiatement après l'opération le phénomène du genou et la raideur musculaire ont disparu du côté droit.

Plus tard survinrent des poussées fébriles, de la paralysie vésicale et intestinale, de la contracture du membre inférieur en flexion, enfin du décubitus. Ultérieurement se produisit de la paralysie motrice et sensitive du côté droit : enfin on constata une parésie motrice relativement légère des membres supérieurs, et le malade succomba des suites du décubitus, trois ans après l'opération.

A l'autopsie on constata des lésions multiples, plaques de dégénérescence grise dans les hémisphères, le pont de Varole, le bulbe ; dégénérescence diffuse de la moelle dans sa partie supérieure, en plaques dans la région lombaire à droite.

Westphal discute longuement cette observation, qu'il interprète de la façon suivante : La dégénérescence diffuse de la moelle était en connexion avec la lésion en plaques de l'encéphale ; la lésion en foyer de la moelle devait être attribuée à l'extension du nerf. Cette opération amène, d'après lui, une disparition passagère du phénomène du genou et du spasme musculaire (à l'appui de cette opinion Westphal rapporte une autre observation et invoque des résultats expérimentaux).

D'autre part cette observation montre qu'une dégénérescence presque totale de la plus grande partie de la moelle cervicale n'abolit pas l'innervation volontaire, des membres supérieurs, pourvu que la zone antérieure des cordons antérieurs et des cordons latéraux ne soit pas détruite et que les cellules des cornes antérieures et les racines antérieures soient intactes. L. D.-B.

V. — Homme de 22 ans, qui, à la suite d'une chute en apparence peu grave, fut pris au bout de quelques jours de paraplégie progressive. Bientôt les membres supérieurs se prirent, le pouls se ralentit et la mort arriva par asphyxie. L'évolution fut donc analogue à celle de la paralysie ascendante aiguë. Entre autres symptômes les auteurs insistent sur l'élévation de la température dans les membres paralysés, tandis que les parties du corps encore respectées étaient de 37° à 37°,5, plus tard au contraire lorsque la paralysie fut généralisée, la température aussi bien dans le rectum que dans l'aisselle s'abaissa à 32° et resta pendant trente-six heures à ce chiffre. A l'autopsie on trouve une infiltration purulente de tout le tissu cellulaire qui double la face externe de la dure-mère spinale. C. GIRAUDEAU.

VI. — Ce mémoire est basé sur deux observations pouvant se résumer de la façon suivante :

1° Homme de 57 ans, sans antécédents morbigènes d'aucune sorte, atteint de paralysie et d'atrophie généralisées à tous les muscles du corps, ceux de la face exceptés. Palpitations musculaires et exagération très prononcée des réflexes tendineux. Contracture de tous les muscles malades. Tremblement réflexe de la plante du pied. Abolition presque complète de la sensibilité et des réflexes cutanés sur toute la surface de la peau du corps, celle de la face exceptée. Altération à peine marquée de la contractilité électrique. Intégrité complète des sphincters. Pas de troubles trophiques du côté de la peau. Pas de syphilis, pas d'intoxication saturnine. Durée de la maladie, trente mois. Guérison complète et définitive.

2° Homme de 43 ans, atteint d'atrophie musculaire et de paralysie des membres supérieurs. Faiblesse assez marquée des membres inférieurs. Contracture légère des quatre membres. Palpitations musculaires dans tous les muscles malades. Exagération très marquée des réflexes tendineux de tous les muscles. Tremblement réflexe de la plante du pied. Troubles profonds de la sensibilité générale, celle de la face exceptée. Intégrité de la sensibilité spéciale. Pas de syphilis ni d'intoxication saturnine. Durée de la maladie, dix mois. Guérison complète.

Après avoir discuté le diagnostic de l'affection dont ces deux malades étaient atteints d'avec la paralysie générale spinale antérieure subaiguë et d'avec la paralysie générale spinale diffuse subaiguë (mauvaise dénomination employée par Duchenne pour désigner certains cas de myélite diffuse subaiguë (Vulpian), l'auteur établit qu'il s'agit bien là de myélite

diffuse chronique différant par sa curabilité de ce que l'on sait de cette affection. Ainsi donc, le pronostic de celle-ci ne doit pas être aussi sombre qu'on la fait jusqu'à présent. Les principaux arguments à invoquer en faveur d'un pronostic favorable seraient, d'après M. Déjerine, ainsi qu'il l'a constaté chez ces malades, l'intégrité de la peau même dans les parties déclives, le bon fonctionnement des sphincters et le peu d'altération de la contractilité électrique. C. GIRAUDEAU.

VII. — Ce mémoire basé sur deux observations personnelles a fourni aux auteurs l'occasion d'attirer l'attention sur une variété de myélite aiguë encore peu connue et dont la symptomatologie peut se résumer de la façon suivante. Un adulte, peut-être même un enfant, est pris brusquement de paralysie à marche rapide débutant en général par les membres inférieurs, puis s'étendant aux membres supérieurs. En quelques jours, la paralysie est complète et généralisée à tous les muscles du corps, ceux de la face exceptés. C'est une paralysie flasque, sans aucune espèce de contracture, avec abolition des réflexes tendineux. Bientôt les muscles paralysés s'atrophient, et l'atrophie atteint rapidement un degré extrême, donnant aux malades une apparence squelettique. Cette atrophie siège uniformément dans tous les muscles paralysés, aussi les membres conservent-ils leur attitude normale pendant toute la durée de la maladie. La période d'état est alors constituée, le malade est un paralytique atrophique, impotent des quatre membres, confiné au lit, ne pouvant exécuter aucune espèce de mouvement. L'altération quantitative et qualitative de la contractilité électro-musculaire montre combien est profonde l'altération de la fibre musculaire ; la forme vermiculaire de la contraction et l'exagération considérable de la contraction idio-musculaire plaident dans le même sens. Cette période d'état persiste pendant plusieurs semaines, sans changements appréciables ; puis quelques mouvements des extrémités des membres commencent à devenir possibles ; on assiste à un retour lent et progressif des mouvements volontaires, l'atrophie restant toujours la même ; cette dernière à son tour diminue, les muscles se restaurent, les altérations de la contractilité électrique diminuent en même temps ; bref, on assiste au retour complet de la motilité dans tous les muscles, en même temps que ces derniers reviennent à leur volume normal. Pendant toute la durée de la maladie la sensibilité cutanée, les sphincters et la nutrition de la peau restent parfaitement intacts. On ne constate qu'une diminution de la température des membres paralysés, qui prennent une teinte violacée, surtout aux extrémités, lorsqu'ils sont en contact avec l'air extérieur, phénomène qui n'a rien de spécial à cette variété de myélite, mais qui appartient à toutes les amyotrophies en général. La maladie évolue en quelques mois, au bout desquels tout rentre dans l'ordre.

L'un des malades, observé par MM. Landouzy et Déjerine, étant mort ultérieurement de granulie, on ne trouva dans la moelle aucune trace d'altération cellulaire.

L'affection qui présente avec celle-ci le plus d'affinité est la paralysie spinale aiguë de l'adulte ; mais dans celle-ci le début est brusque, parfois foudroyant ; la fièvre est à peu près constante et la paralysie atteint son degré maximum d'intensité dès le commencement de la maladie.

C. GIRAUDEAU.

VIII. — 1° *Cas de sclérose latérale amyotrophique.*

Femme de 23 ans qui avait éprouvé, deux ans auparavant, les phénomènes initiaux de la sclérose latérale amyotrophique. Au moment où l'auteur a pu l'examiner, elle présentait tous les signes de cette affection : contracture, rigidité et flexion des membres ; mains en griffes, atrophie évidente des muscles des éminences thénar et hypothénar, des muscles des avant-bras ; atrophie moins évidente des muscles des membres inférieurs ; impossibilité d'exécuter aucun mouvement volontaire ; les mouvements passifs sont douloureux, rendus à eux-mêmes, les membres reprennent très rapidement leur situation première.

Lordose lombaire. Face pleurarde. Émission de la voix impossible : la malade ne peut émettre qu'une sorte de gémissement. Déglutition très difficile. Sensibilité à peu près intacte.

La mort survient à la suite d'une bronchite avec des phénomènes d'asphyxie.

A l'autopsie, on trouva surtout une lésion de la partie postérieure des cordons antéro-latéraux. Cette lésion était plus accusée vers la région cervicale que vers les régions dorsale et lombaire. Elle consistait surtout dans la dégénérescence et la disparition des faisceaux nerveux. Il y avait une augmentation très évidente dans la même région des mailles de la névroglie, sans cellules, sans noyaux interposés. Les grandes cellules des cornes antérieures étaient atrophiées, et, encore, d'une façon plus marquée vers les régions cervicales. Les lésions se poursuivaient dans le bulbe avec des caractères et une répartition analogue.

Comme on le voit, il s'agissait d'un cas de sclérose latérale amyotrophique. L'auteur, toutefois, déclare qu'il a adopté cette dénomination, faute d'étiquette plus exacte. Il pense, en effet, que ce qui dominait ici, c'était l'atrophie des éléments nerveux, cellules et tubes. Il n'y avait pas à proprement parler de sclérose, puisqu'on ne trouvait pas de prolifération conjonctive. C'est donc plutôt à une dégénérescence parenchymateuse qu'il faudrait ici se rattacher.

2° *Contribution à l'étude des troubles de l'équilibre.* — A la suite d'une chute qui avait occasionné une contusion du pied droit, un individu de 55 ans, éprouve dans le membre inférieur droit une faiblesse qui va en s'accentuant. Cette faiblesse cependant est sans relation avec la contusion du pied, puisque les mouvements passifs de cet organe deviennent bientôt absolument indolores. On observe surtout une difficulté considérable à se tenir debout. Dans la position assise, les mouvements des membres inférieurs sont faciles ; mais, lorsque le malade veut se lever, il oscille de côté et d'autre en piétinant. Il semble constamment sur le point de perdre son équilibre et il cherche à rattraper le centre de gravité qui tend à lui échapper. Il attribue ce défaut dans l'équilibre de station à l'affaissement musculaire des jambes et surtout du pied droit.

Au bout de quelque temps, il se fait une atrophie des muscles du membre supérieur, évidente surtout aux mains, et des cuisses. Il n'existe pas de troubles de la sensibilité cutanée. Le malade accuse de temps à autre des douleurs lombaires. La respiration était très accélérée.

Le malade mourut subitement au bout d'un an et demi. Il tomba alors qu'il avait parlé encore quelques minutes auparavant ; il présenta des mouvements respiratoires accélérés et bruyants et la mort eut lieu.

A l'autopsie on constata une congestion généralisée des méninges cérébro-rachidiennes.

Au niveau du renflement cervical de la moelle, il existe un foyer de ramollissement qui comprend la corne antérieure gauche et une petite couche de la substance blanche avoisinante. Ce foyer présente une étendue de 1 cent. 1/2. Sur des pièces durcies on trouve à ce niveau une petite excavation, tandis

que les traces du ramollissement se poursuivent encore facilement au-dessus et au-dessous de l'excavation dans l'étendue indiquée.

A l'examen microscopique, on trouva un foyer apoplectique avec ramollissement périphérique. L'auteur a trouvé dans une assez grande étendue du foyer une masse compacte, colorée en rouge par le carmin qu'il n'ose pas attribuer à un caillot sanguin. Il fait remarquer qu'il n'existait pas de signes d'inflammation mais qu'il paraissait s'agir d'un ramollissement non inflammatoire, et il insiste sur le siège de la lésion dans la corne antérieure gauche au niveau du renflement cervical.

3° *Cas de paralysie infantile essentielle.* — Une enfant de deux ans fut prise en 1878 de fièvre, puis de secousses convulsives et bientôt de paralysies dans les membres inférieurs. La fièvre disparue, il persista de la paralysie des membres inférieurs qui présentèrent bientôt une atrophie très accentuée sans aucune espèce de trouble de la sensibilité. Au début, la réaction de dégénérescence se montra très nettement pour disparaître bientôt complètement. Il s'était fait un pied bot varus équin pour lequel on pratiqua la section du tendon d'Achille, difficile, non seulement par l'atrophie musculaire, mais encore par le relâchement considérable subi par les ligaments articulaires du genou. La petite malade mourut de diphtérie au bout de deux ans.

A l'autopsie, on nota une atrophie évidente du renflement lombaire de la moelle. Rien de nettement pathologique dans les régions cervicale et dorsale. Au niveau de la région lombaire, atrophie évidente de la corne antérieure gauche au niveau de la 5e et de la 6e paire dorsale, atrophie de la corne antérieure droite au niveau des 10e et 11e paires dorsales. Les grandes cellules motrices sont modifiées en nombre beaucoup moins considérable que normalement, surtout pour le groupe latéral et postérieur. Quelques-unes sont gonflées, d'autres au contraire petites, ratatinées. Nombreux corpuscules amyloïdes, que l'on trouve même presque vers la région cervicale.

Nulle part il n'y a de sclérose. Les colonnes de Clarke paraissent complètement saines.

Les muscles (gastrocnémiens et adducteurs de la cuisse) présentent une atrophie très marquée, avec infiltration graisseuse considérable entre les faisceaux musculaires. Les fibres musculaires sont granuleuses; quelquefois les gaines du sarcolemme sont vides. Pas de prolifération des noyaux. Les nerfs (cruraux, sciatiques) présentent une atrophie très avancée, avec infiltration graisseuse, interstitielle, abondante; les tubes nerveux sont très minces, quelquefois dépourvus de cylindres-axes.

La lésion des grandes cellules motrices paraît être primitive, comme le veulent Charcot et Joffroy.

4° *Cas de sclérose primitive des cordons médullaires avec foyers apoplectiques.* — Femme ayant présenté depuis 4 ans des douleurs dans la colonne vertébrale.

Un mois avant l'époque où elle a été soumise à l'observation, elle avait été prise brusquement de paralysie des membres inférieurs.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on trouvait une paralysie à peu près complète des membres inférieurs, que la malade ne pouvait mouvoir qu'avec la plus grande peine. Sensibilité très émoussée aux membres inférieurs, un peu exagérée aux membres supérieurs. Réflexes rotuliens presque complètement abolis. La miction se faisait dans des conditions anormales; la malade retenait difficilement son urine qui cependant ne pouvait s'écouler que goutte à goutte.

A l'autopsie on trouva des lésions étendues à toute la hauteur de la moelle. Il s'agissait de sclérose des cordons blancs. A la région cervicale, la lésion occupait les cordons de Goll, et la partie superficielle des cordons antéro-

latéraux. Elle dépassait certainement vers la profondeur les limites du faisceau cérébelleux direct.

A la région dorsale, on trouvait de la sclérose des faisceaux cérébelleux et des faisceaux postérieurs dans toute leur étendue jusqu'à la rencontre des cornes postérieures. A la région lombaire la lésion était moins étendue; elle intéressait seulement la partie postérieure des cordons postérieurs et la partie la plus reculée de la couche superficielle des cordons latéraux. D'une façon générale, il s'agissait donc d'une bande de sclérose disposée en demi-anneau à la partie postérieure de la moelle et s'enfonçant surtout vers la profondeur au niveau des cordons postérieurs et de la partie postérieure des faisceaux latéraux. La colonne de Clarke était intéréssée sur la plus grande partie de son étendue. Vers la région dorsale, à sa partie inférieure, on trouvait six ou sept petits foyers miliaires hémorragiques.

Il existait des végétations endocarditiques développées sur la valvule mitrale, peut-être cette lésion cardiaque n'aurait-elle pas été étrangère à la production des hémorragies médullaires.

L'auteur pense qu'il s'agissait de lésions combinées de la moelle, de sclérose primitive à systématisation multiple. A. MATHIEU.

IX. — M..., âgé de 55 ans, employé, à la suite de coliques hépatiques (1876), a fait 3 saisons à Vichy. Durant l'hiver de 1880 il ressentit des douleurs dans les épaules et les poignets avec gonflement et chaleur, pendant une dizaine de jours. Durant l'hiver 1881 nouvelle attaque plus prolongée et plus douloureuse surtont du côté droit. Depuis ce moment les muscles des deux membres supérieurs commencèrent à s'atrophier.

Au mois de juillet 1882 on constatait l'état suivant : Atrophie des deux deltoïdes, intégrité des muscles des bras, et des muscles fléchisseurs de l'avant-bras, atrophie des muscles extenseurs qui n'ont conservé qu'une contractilité électrique fort limitée; les mouvements d'extension du poignet sont faibles. Les muscles des éminences thénar et hypothénar sont atrophiés, et peu sensibles à l'action galvanique.

Les doigts sont à demi fléchis ; la main est en griffe ; le malade peut difficilement écrire ou manger, mais non s'habiller. Les articulations du poignet et des doigts sont saines. Sur l'oreille droite petit tophus.

L'auteur admet la relation de cause à effet entre les arthrites et les amyotrophies, s'appuyant sur l'absence de tout exercice musculaire violent antérieur, sur la disposition symétrique des altérations musculaires au voisinage des jointures malades, et, en présence du tophus, croit que les poussées d'arthrites doivent être rattachées non au rhumatisme, mais bien à la goutte. L. H.

X. — On a déjà cité la diphtérie, la fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, la scarlatine, l'érysipèle et la fièvre intermittente, comme pouvant être suivies de troubles de la coordination des mouvements ; à cette liste de maladies infectieuses aiguës l'intéressante observation de Lenhartz que nous résumons brièvement, vient ajouter la dysenterie.

Garçon de 8 ans. Huit mois après avoir eu une rougeole suivie de coqueluche, il est pris de dysenterie aiguë. Dès le second jour de cette affection, délire furieux mais passager, puis obnubilation intellectuelle et apathie profondes ; enfin aphaxie absolue.

Au bout de quatre semaines, entré à l'hôpital : faiblesse et émaciation extrêmes; indifférence absolue pour tout ce qui se passe autour de lui; anesthésie générale sauf pour les sensations thermiques et le sens musculaire, paralysie des sphincters ; exagération des réflexes rotuliens coexistant avec la diminution des réflexes cutanés, affaiblissement de l'intelligence ; aphasie toujours complète.

Deux semaines plus tard, malgré le retour de la sensibilité au contact, les troubles de la coordination étaient devenus de plus en plus marqués; l'ataxie, d'abord bornée aux membres, s'était étendue aux mouvements du tronc de la tête et des bulbes oculaires (nystagmus ataxique).

L'ataxie et l'aphasie persistèrent sans modification, des mois entiers, en dépit de l'amélioration de l'état général et de l'intelligence.

3 mois après le début des accidents, le malade fit entendre pour la première fois des sons articulés, en même temps tout son corps commençait à être pris de mouvements choréiformes.

La récupération du langage fut très lente malgré les exercices quotidiens ; l'enfant réapprenait à parler comme s'il ne l'avait jamais su, articulant vicieusement et accentuant à tort certaines syllabes.

Les autres troubles de coordination durèrent pendant 1 an.

Mais deux ans et demi après le début, tous les mouvements étaient encore inhabiles et lents; l'enfant ne parlait qu'en épelant pour ainsi dire et l'intelligence restait un peu affaiblie.

Durant les 21 mois de son séjour à l'hôpital, il est vrai, le petit malade a eu une série d'affections intercurrentes : angine gangréneuse, conjonctivite purulente, diphtérie compliquée de néphrite et de paralysie palatine, fièvre typhoïde. Dans le cours et la convalescence de toutes ces maladies, il y eut aggravation des phénomènes ataxiques. J. B.

XI. — Robuste jeune homme de 26 ans chez lequel l'affection a débuté à l'âge de 21 ans et est restée bornée jusqu'ici aux muscles des épaules et des bras ; l'atrophie porte essentiellement sur les rhomboïdes, les grands pectoraux, les grands dentelés, les biceps et triceps. Jamais malade n'a éprouvé ni douleurs ni contractions fibrillaires ; la sensibilité des muscles malades et celle de leurs nerfs est intacte.

3 frères et sœurs de ce jeune homme présentent la même affection.

Immermann fait ressortir les caractères distinctifs que présente l'atrophie musculaire progressive suivant qu'elle apparaît chez l'enfant, chez le jeune homme ou enfin à un âge plus avancé.

Chez l'enfant, habituellement ce sont les membres inférieurs et le siège qui sont d'abord envahis ; fréquemment il y a complication de lipomatose du tissu cellulaire interfibrillaire ; les contractures fibrillaires sont rares et l'hérédité est essentielle au point de vue étiologique.

Le malade présenté par Immermann offre un type de la forme juvénile.

Enfin quand l'atrophie musculaire progressive se développe à un âge plus avancé, elle débute par les petits muscles de la main ; on constate des contractions fibrillaires et la réduction de dégénérescence ; enfin on peut incriminer certaines causes efficientes, autre que l'hérédité ou une prédisposition de famille.

XII. — Huguenin vient d'avoir l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un cas de la forme juvénile ; malheureusement elle n'avancera pas beaucoup la question de pathogénie. Les muscles atrophiés et leurs nerfs n'offraient aucun symptôme d'inflammation ; il faut donc renoncer à l'idée d'une névrite.

Au niveau de l'origine du plexus brachial, la moelle présentait une atrophie des cordons latéraux ; les racines antérieures avaient leur volume diminué d'un cinquième à un tiers.

L'examen microscopique ne révèle dans les cordons latéraux qu'une atrophie portant sur 10 ou 15 0/0 d'entre eux et consistant en une simple raréfaction des fibres.

Les cornes antérieures étaient absolument saines de même que l'encéphale.

L'atrophie des cordons médullaires diminuait graduellement de bas en haut.

En définitive les résultats de cette autopsie sont plutôt favorables à l'idée d'une lésion primitive des muscles. J. B.

XIII. — Il n'existe encore qu'une seule observation de tabes spasmodique où la sclérose latérale se soit montrée isolée et primitive; celle de Morgan et Dreschfeld (*R. S. M.*, XVIII, p. 534). Dans tous les autres cas elle était associée à d'autres altérations que l'examen clinique n'avait pas toujours fait prévoir et qu'on découvrait seulement à l'autopsie. Aussi ne pourra-t-on écrire l'histoire anatomique de la maladie qu'après avoir réuni un grand nombre de nécropsies. Voici trois faits intéressants de sclérose latérale secondaire :

1° Homme de 55 ans, souffrant depuis neuf ans de faiblesse des membres inférieurs et de ralentissement de la parole. Les membres inférieurs offrent les symptômes de la paralysie spastique. Rien aux membres supérieurs, rien au rectum ni à la vessie, pas de troubles de la sensibilité.

A l'autopsie, sclérose latérale symétrique, mais de plus, deux lésions cérébrales : foyer d'apoplexie devenu kystique situé dans le corps strié et une portion de noyau lenticulaire droit, et infiltration cellulaire, gros comme une noisette dans le corps strié du côté gauche. La lésion de la moelle est donc le résultat d'une dégénération secondaire.

2° Homme de 31 ans, admis à l'hôpital le 18 juin 1880. Il a été pris au printemps de douleurs en ceinture, et depuis trois semaines la marche est devenue impossible. Pas de modification apparente de la colonne vertébrale. Les muscles de l'abdomen, ceux des extrémités inférieures sont rigides. Exagération des réflexes ; sensibilité conservée; fonctions vésicales et rectales intactes. L'auteur pense à une sclérose latérale primitive.

A partir du 7 août, rétention d'urine, puis constipation, anesthésie des membres supérieurs, décubitus, fluctuation au niveau des vertèbres dorsales. Mort le 5 octobre.

Autopsie. Carie des 6e, 7e et 8e vertèbres dorsales. Compression de la moelle. Dégénération secondaire des faisceaux latéraux dorsaux et lombaires.

3° Homme de 27 ans, entrant le 12 juillet 1881 à la clinique de Billroth. Il a cessé de marcher depuis dix mois et souffre de douleurs fulgurantes et de douleurs en ceinture. Paralysie spasmodique des extrémités inférieures, pas d'anesthésie, troubles légers de la vessie et du rectum. L'auteur apprend qu'au début, le malade a eu des éblouissements, puis du vertige, il constate, en outre du nystagmus un ralentissement appréciable de la parole, et de lenteur du pouls (56 pulsations à la minute). Diagnostic : sclérose cérébro-spinale multiple.

On pratique au sujet l'extension des deux nerfs sciatiques, et il succombe au bout de neuf jours.

On trouve à l'autopsie des foyers de sclérose sur divers points du cerveau, du cervelet, du bulbe, de la moelle. Les cordons latéraux et les postérieurs offrent des altérations d'égale importance. L. GALLIARD.

XIV. — Homme de 30 ans qui, à la suite de fatigues et d'excès de coït, fut pris d'une faiblesse très grande des membres et surtout des membres inférieurs. Il se fit de l'atrophie de certains groupes musculaires. La réaction de dégénérescence se constatait sur les muscles atteints. Il n'y eut pas de fièvre au début; jamais de phénomènes douloureux, ni de troubles intestinaux ou rénaux. L'affaiblissement débuta par les membres inférieurs où il fut toujours prédominant et n'atteignit que plus tard les membres supérieurs. La guérison presque complète se fit dans l'espace de trois à quatre mois. Toutefois, le réflexe rotulien n'avait pas reparu.

M. Bernhardt discute la nature de cette affection et la place qu'on doit lui attribuer parmi les affections de la moelle. On peut trouver dans la

littérature médicale un certain nombre de faits analogues. Ils se caractérisent par des paralysies à début aigu ou subaigu, de l'atrophie des muscles et certaines modifications dans les réactions électriques (diminution, etc.) et cependant ils aboutissent à une guérison à peu près complète. L'excitabilité électrique normale se rétablit intégralement. Cette paralysie, qui est en réalité temporaire, signalée déjà par Litten et Eisenlohr, mérite le nom de forme abortive de la paralysie de Landry.

A. M.

XV. — L'auteur admet trois sortes de mal perforant :

1° Celui qui se produit sous l'influence de causes locales, telles qu'un durillon forcé, amenant une inflammation du tissu sous-cutané et une rétention du pus. Quelquefois cette apparence est symptomatique d'une carie osseuse du calcaneum, d'un métatarsien ou d'une phalange ;

2° Le mal perforant symptomatique de l'ataxie locomotrice. Aux cas recueillis par Ball et Thibierge, il ajoute deux observations nouvelles, l'une relative à une ataxie déjà ancienne et confirmée, l'autre dans laquelle le mal plantaire précéda notablement le début apparent du tabes ;

3° Le mal perforant symptomatique d'une névrite périphérique, sans connexion avec une maladie des centres nerveux. L'auteur rapporte un fait où, après six ans de traitement infructueux, l'amputation fut reconnue nécessaire : les nerfs furent trouvés malades et dégénérés, bien qu'il n'existât aucun symptôme d'ataxie commençante. H. R.

XVI. — Fille de 15 ans, atteinte de douleurs dans les épaules, puis d'un affaiblissement progressif des membres inférieurs. En quelques semaines, paraplégie complète.

Il existait une déviation angulaire du rachis à la région dorsale supérieure, et une vive douleur quand elle remuait la tête : paraplégie totale du mouvement et du sentiment, paralysie de la vessie et du rectum. Perception thermique conservée ; réflexe patellaire exagéré, contraction des jambes en flexion ; larges escarres du sacrum. L'état de l'enfant paraissait désespéré, et le traitement consista exclusivement dans le pansement des escarres. Cependant, six mois plus tard, les jambes commencèrent à retrouver un peu de sensibilité, puis successivement le mouvement et les fonctions de la vessie reparurent. L'exagération des réflexes diminua peu à peu, et maintenant la malade marche comme tout le monde.

L'auteur, discutant ce fait, croit qu'il s'est agi d'une carie vertébrale avec pachyméningite et myélite de voisinage. En raison de l'exagération des réflexes il avait pensé que les cordons latéraux étaient sclérosés, et avait porté un pronostic d'incurabilité. Il croit encore qu'il y a eu destruction de la moelle, mais réparation de nouveaux éléments nerveux et retour des fonctions de l'axe gris. H. R.

XVII. — Les symptômes en ce cas s'étaient exclusivement bornés à une douleur lombaire persistante, qui dura un an. Puis tout d'un coup éclatèrent les symptômes suivants, qui amenèrent la mort en quelques jours : rétention d'urine, paraplégie, délire et double névrite optique. L'autopsie montra un foyer caséeux au niveau de la première et de la seconde vertèbre lombaire, et des tubercules rénaux. Il n'en existait pas dans le cerveau, mais la pie-mère était congestionnée. Atkin pense que les symptômes oculaires et cérébraux reconnaissent pour origine l'irritation

spinale, et que les phénomènes ultimes étaient dus à une méningite ascendante. H. R.

XVIII. — L'auteur a entrepris des expériences sur le chien pour contrôler les notions acquises au sujet des dégénérescences secondaires de la moelle. Il suffit généralement de deux semaines pour que les lésions soient définitivement constituées. Voici les résultats qu'il expose :

La section totale ou partielle de la moelle détermine une dégénération ascendante et descendante. La première, l'ascendante, suit les cordons de Goll et la portion extérieure des cordons latéraux. La dégénération descendante occupe les cordons antéro-latéraux. Toutes les parties de substance blanche qui avoisinent la substance grise sont respectées. Dans les cordons postérieurs, les lésions sont toujours rigoureusement limitées aux cordons de Goll.

Quand on s'éloigne du point où la moelle a été sectionnée, on constate que les zones lésées se rétrécissent. Dans la dégénérescence ascendante, la lésion du cordon de Goll diminue d'importance au niveau de la moelle cervicale et disparaît au plancher du quatrième ventricule. Au contraire la lésion du faisceau pyramidal se poursuit dans les corps restiformes, la protubérance, le pédoncule, la couche optique et la capsule interne.

La dégénérescence descendante des cordons antéro-latéraux se poursuit jusqu'à l'extrémité inférieure de la moelle, mais là le cordon antérieur n'offre plus que quelques fibres altérées.

L'extirpation des centres moteurs de l'écorce a pour résultat la dégénération descendante des cordons antéro-latéraux.

Les altérations secondaires qu'on observe dans la substance blanche n'existent pas dans l'axe gris qui résiste à la propagation. Cependant la substance grise en subit parfois le contre-coup, et à la suite des sections totales de la moelle ou après la section des cordons antérieurs seuls on peut y trouver quelques cellules nerveuses altérées.

En résumé, les cordons antérieurs qui sont des voies de conduction centrifuges dégénèrent de haut en bas; les postérieurs, voies de conduction centripètes, dégénèrent de bas en haut. Les cordons latéraux qui servent à la fois aux transmissions sensitives et motrices peuvent dégénérer dans les deux sens. Il y a donc concordance entre les fonctions physiologiques et les réactions pathologiques.

Quant à la nature histologique des lésions, l'auteur observe au début la tuméfaction des cylindres-axes qui disparaissent à la fin, les lésions des faisceaux nerveux, des cellules et de la névroglie déjà décrites par ses prédécesseurs. L. GALLIARD.

XIX. — Un malade qui, à part des anesthésies et des atrophies musculaires localisées aux membres inférieurs et une paralysie des cordes vocales, et une paralysie des muscles de l'œil datant de la première jeunesse, n'avait guère offert que des signes de myélite chronique ou de sclérose latérale, offrit à l'autopsie une série de névromes gros ou petits, occupant les deux substances de la moelle, le point d'émergence des racines postérieures, le trajet de divers nerfs crâniens (sur chaque nerf facial, entre autres, se trouvait un névrome qui avait creusé le rocher correspondant) et de presque tous les nerfs rachidiens. J. B.

XX. — Femme morte à 25 ans, tuberculeuse, après avoir présenté de la

paralysie infantile qui avait surtout laissé une atrophie considérable des muscles de la main droite. A l'autopsie on trouva un foyer à la hauteur du premier nerf cervical au centre de la corne antérieure droite; un foyer allongé au niveau des 4e et 5e nerfs cervicaux à la partie postéro-externe de la corne antérieure droite ; un petit foyer encore au niveau des 4e et 5e nerfs cervicaux du côté gauche et, enfin, la corne antérieure se trouvait légèrement entamée à la hauteur de la 8e paire dorsale.

Dans tous ces points on nota la disparition des grandes cellules motrices, multipolaires, surtout dans le groupe postéro-latéral. Elle était particulièrement marquée au niveau du foyer du renflement cervical, à droite.

Les lésions histologiques consistaient dans une augmentation marquée du tissu conjonctif aux dépens des éléments nerveux. Cette lésion était accentuée dans les 5e et 6e nerfs moteurs et cervicaux du côté droit.

Les lésions de la moelle et des troncs nerveux présentaient des particularités intéressantes. L'auteur insiste surtout sur la localisation prédominante de l'atrophie musculaire à la main droite, et des lésions médul laires dans certaines régions du renflement cervical.

Prévost et David, en 1874, ont publié un cas analogue dans les *Archives de physiologie*. Ils avaient trouvé une atrophie marquée de la racine antérieure du 8e nerf cervical; une légère atrophie de la racine antérieure du 7e nerf et une atrophie de la colonne grise centrale sur une hauteur de 2 ou 3 centimètres avec maximum au niveau du 8e nerf cervical, portant surtout sur le groupe cellulaire extérieur. Il y avait également atrophie très marquée des muscles de l'éminence thénar correspondante. Ils s'étaient demandés si cela n'indiquait pas que les filets nerveux destinés aux muscles de l'éminence thénar sont contenus dans la 8e paire cervicale et prennent leur origine à la partie inférieure de la moelle cervicale. Dans le cas de Sahli il y avait des lésions atrophiques, non seulement des muscles du pouce, mais aussi des interosseux du rond pronateur, des lombricaux et des muscles de l'éminence hypothénar. Les lésions de la corne antérieure se trouvaient, il est vrai, réparties sur une plus grande étendue que dans le cas de Prévost et David. A. MATHIEU.

XXI. — Ce mémoire est basé sur une observation qui peut ainsi se résumer :

Femme de 46 ans, ni syphilitique ni alcoolique, faisant remonter à quatre ans le début de son affection. Paralysie progressive ayant mis trois ans pour devenir complète. Aucun phénomène douloureux, ni perte de connaissance, ni accident convulsif.

Au moment de son entrée à l'hôpital : contracture permanente des muscles, des membres et du tronc. Accès de contracture extrêmement intense, se montrant d'une façon intermittente. Paralysie et atrophie très prononcées des muscles contracturés. Intégrité de la sensibilité générale spéciale et des sphincters. Exagération des réflexes tendineux. Tremblement réflexe de la plante du pied. Quelques mois avant la mort, symptômes de pseudo-paralysie labio-glosso-laryngée. Difficulté de la prononciation. Rire sardonique, pas d'atrophie de la langue. Pas de troubles respiratoires ni cardiaques. Escarre fessière et iliaque. Durée de la maladie, cinq ans. Mort. Autopsie : sclérose en plaque multiloculaire, disséminée dans le cerveau, le bulbe et la cervelle. Intégrité des racines et des troncs des nerfs crâniens, ainsi que des racines antérieures et postérieures. Intégrité absolue des nerfs

intra-musculaires. Atrophie simple des faisceaux primitifs. Névrite parenchymateuse très accentuée des nerfs cutanés sous-jacents à l'escarre iliaque.

Le principal signe qui, suivant l'auteur, permettait de dire que dans ce cas il s'agissait d'une sclérose en plaques et non pas d'une sclérose latérale amyotrophique, c'est que malgré leur atrophie très prononcée, les muscles restèrent contracturés jusqu'à la mort à l'inverse de ce qui a lieu dans la sclérose latérale amyotrophique où l'on voit la contracture disparaître à mesure que l'atrophie s'accuse davantage. C. GIRAUDEAU.

XXII.— Le sujet de l'observation de MM. Proust et Ballet est un homme de 31 ans qui, atteint du béribéri, fut envoyé en France pour se soigner ; il présenta alors une paralysie des membres inférieurs, puis des membres supérieurs, à laquelle succédèrent plus tard des contractures et une atrophie musculaire qui augmenta progressivement. Tous ces phénomènes s'atténuèrent peu à peu et il était en voie d'amélioration, lorsqu'il succomba 3 ans après le début de son affection médullaire, à une tuberculose pulmonaire à marche rapide.

Les lésions anatomiques consistaient surtout en une disparition de bon nombre des cellules des cornes antérieures de la moelle, et en une atrophie et dégénérescence pigmentaire d'un bon nombre d'autres ; il est probable que ces lésions n'étaient que le reliquat de lésions plus accusées et que, à un moment donné, les cornes postérieures et les méninges furent également atteintes.

Les auteurs pensent que, dans le cas présent, le béribéri, en tant que maladie générale a déterminé des altérations médullaires locales dont le syndrome clinique correspondait au type décrit par Duchenne sous le nom de paralysie générale spinale subaiguë. W. ŒTTINGER.

I. — Recherches sur le phénomène du genou, par JARISCH et E. SCHIFF (*Wien. med. Jahrb.*, *Heft* 2, *p.* 261, 1882).

II. — De l'importance des réflexes tendineux dans la découverte de la simulation des maladies médullaires, par R. SCHULZ (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Bd XXXII*, *Heft* 2, 1883).

III. — Zur Lehre von den Sehnenreflegen (Des réflexes tendineux), par E. JENDRASSIK (*Ibid.*, *Band XXXIII*, *Heft* 2, 1883).

IV. — Ueber das Verschwinden und die Localisation des Kniephänomens (De la disparition et de la localisation du phénomène du genou), par WESTPHAL et Discussions à la Soc. médic. de Berlin et à la Soc. psychiatr. de Berlin (*Berl. klin. Woch.*, 3 *janvier*, 18 *avril* 1881, *et* 5 *février* 1883).

V. — Représentation graphique des phénomènes tendineux, par EULENBURG (*Ibid.*, 16 *octobre* 1882).

VI. — Sur une cause d'erreur dans la rapidité du phénomène du genou et sur ce même phénomène, par WESTPHAL (*Arch. f. Psych. und Nervenkrankh.* *Band XII*, *Heft* 3, 1883).

VII. — Contribution à l'étude des réflexes tendineux et cutanés, par A. SCHWARTZ (*Ibid.*, *Band. XIII*, *Heft* 3, *p.* 621).

VIII. — Du phénomène du genou chez les enfants, par PELIZAEUS (*Ibid. Band XIV, Heft* 2, *p.* 402, 1883) (*Berl. klin. Woch*, 7 *janvier* 1884).

I. — Une série de petites excitations mécaniques du tendon rotulien peut-elle avoir, au point de vue des contractions musculaires provoquées, le même résultat qu'une excitation forte, unique ?

Pour répondre à cette question, les auteurs se sont préoccupés d'abord d'obtenir par tâtonnement l'excitation minima, celle qui, prise isolément, ne détermine plus de contraction musculaire, et, pour la produire d'une façon égale et régulière, ils ont installé un petit marteau mis en mouvement par une machine à vapeur, de façon à fournir au plus cinq chocs à la seconde et s'abattant sur un appareil métallique fixé au niveau du tendon rotulien. Les chocs sont enregistrés par l'intermédiaire d'un appareil électrique sur un cylindre qui recueille en même temps le tracé de contractions du triceps fémoral, transmises par la poire à eau de Basch appliquée sur le muscle.

Dans ces conditions, chez 21 sujets jeunes (des étudiants en médecine) soumis à l'expérience, on a vu constamment la contraction du triceps se produire sous l'influence d'une série d'excitation minima. Chez un sujet, par exemple, il fallait d'abord 47 coups, séparés par des intervalles de 0,28 seconde, c'est-à-dire pendant 13 secondes pour déterminer la contraction; puis, on l'obtint avec 12 coups en 3,5 seconde. En augmentant les intervalles jusqu'à 0,4 seconde, il faut 23 chocs en 9,75 secondes. Quand les intervalles sont de 0,50 seconde, il faut 20 chocs en 9,5 secondes.

Chez un autre individu on est obligé de frapper 96 coups en 26 secondes pour arriver au résultat.

Mais, on peut mettre entre deux excitations un intervalle d'une seconde et même de 5 ou 10 secondes sans compromettre le succès de l'expérience; seulement le retard de la contraction augmente d'une façon proportionnelle.

Avec des intervalles d'une seconde, il faut en moyenne 7 excitations; avec des intervalles de 9 secondes, il faut encore 7 excitations et la contraction n'arrive ainsi qu'après 63 secondes. Avec des intervalles de 3,5 ou 7 secondes, il suffit de 5 excitations. Ce dernier résultat est donc le plus favorable de tous.

Il y a du reste des variations, non seulement d'un individu à l'autre, mais même chez un seul individu dans le mode des contractions produites, et les excitations minima ne correspondent pas toujours au même chiffre En général, la sensibilité des sujets augmente progressivement.

Le tracé montre plusieurs sortes de contractions : tantôt une secousse simple avec ascension rapide et chute brusque, tantôt une série de petites secousses très brèves, tantôt, enfin, du tétanisme, une persistance de la contraction pendant un certain temps. Entre ces trois types, il y a plusieurs formes intermédiaires.

En résumé, la forme de la contraction due à une excitation maxima ne diffère pas de celle qui résulte d'une série d'excitations minima.

Les auteurs ont constaté en outre qu'à côté de la contraction musculaire le choc du tendon rotulien déterminait un autre phénomène intéressant : la diminution ou l'élévation de la pression sanguine. Pendant une

excitation prolongée, la pression du sang s'abaisse d'abord dans certains cas puis s'élève; d'autres fois il y a seulement élévation de la pression. Cet effet est dû à une action réflexe s'exerçant sur les centres vaso-moteurs ; par analogie il faut admettre que le phénomène du genou, dû à la même excitation, est aussi un effet réflexe.

Voici les conclusions pratiques de ce travail :

Il n'est plus permis aux cliniciens de dire que le phénomène du genou fait défaut, quand ils se sont contentés de le solliciter par un choc unique du tendon rotulien. Il faut ajouter à ce premier mode d'investigations le procédé des petits chocs répétés, qui renseigne d'une façon beaucoup plus certaine, non seulement sur l'existence mais aussi sur la forme et sur l'importance du réflexe. L. GALLIARD.

II. — Il peut arriver que pour s'exempter du service militaire, pour se faire attribuer une indemnité à la suite d'un accident de chemin de fer ou pour toute autre raison, des personnes simulent des maladies de la moelle. R. Schulz en rapporte quelques exemples. Il est d'avis que l'exagération du réflexe rotulien lié à l'épilepsie spinale, ou dans un autre sens, la disparition du réflexe rotulien ne peuvent être simules. Leur importance est donc très grande; elle fournit au médecin un précieux renseignement.

III. — Conclusions de l'auteur :

1° La percussion amène une irritation centripète en raison de l'excitation mécanique des filets nerveux compris dans l'épaisseur du tendon. La vibration du tendon à la façon d'une corde de violon, n'est pas nécessaire. Il ne peut pas être question d'une traction du muscle susceptible de provoquer le réflexe à la suite de la percussion de son tendon.

2° Pour que la secousse ait lieu, il faut que le muscle soit tendu passivement. Dans une certaine mesure, l'amplitude de la contraction obtenue est proportionnelle à cette tension. Toutefois elle n'atteint jamais le degré qu'on rencontre dans les conditions pathologiques.

3° L'innervation volontaire diminue le réflexe patellaire, et même le suspend complètement.

4° La présence de la substance blanche dans la moelle n'est nullement nécessaire pour l'établissement du réflexe rotulien. Sa lésion ne peut donc pas être la cause directe de l'absence du réflexe. Il est vraisemblable que l'excitation est transmise par les faisceaux les plus internes des racines postérieures. De cette façon la sclérose de la partie intérieure des cordons postérieurs peut suspendre les réflexes en comprimant les fibres qui les conduisent. Lorsque l'obstacle à la transmission se trouve dans la moelle, la localisation peut en être faite surtout par les symptômes concomitants.

5° Il y a des cas dans lesquels les recherches, même les plus soigneuses, ne permettent pas de déterminer la lésion qui interrompt l'arc réflexe. A cette catégorie appartiennent les cas dans lesquels le réflexe disparaît dans les derniers temps de la vie après une maladie de longue durée ou une fatigue très grande.

6° L'exagération physiologique du réflexe tendineux se présente lors de l'innervation des muscles, mais il peut aussi se faire que le muscle examiné ne soit pas innervé.

7° L'exagération pathologique des réflexes tendineux peut dans le plus

grand nombre des cas résulter de la suppression de l'influence inhibitoire du cerveau sur la moelle. A. MATHIEU.

IV. — Westphal s'appuyant sur l'autopsie du malade dont nous allons résumer l'histoire, se croit autorisé à conclure qu'on peut localiser l'origine du phénomène du genou dans la région externe des cordons postérieurs lombaires.

Homme de 32 ans dont la mère a succombé à « une phtisie de la moelle épinière », le père est mort aliéné, un frère est ataxique et un autre hypocondriaque.

Début de l'affection, il y a un an, par un affaiblissement visuel, sans rien à l'ophtalmoscope; 6 mois plus tard, cécité complète et constatation d'une atrophie blanche des papilles. Enfin, depuis quelque temps le malade présente un trouble mental qui a nécessité son admission à l'hôpital. Il prétendait divorcer d'avec sa femme pour en épouser la sœur ; quand on le contredit, il se livre à des violences et à des voies de fait.

Comme signes physiques : A part la cécité qui est moins absolue à droite, où il reste quelque trace d'impressions lumineuses quantitatives, cet homme n'offre qu'un léger trouble de l'articulation. Sensibilité et mobilité des membres normales. Phénomène du genou des deux côtés.

Mélange de faiblesse intellectuelle et d'idées incohérentes de grandeur. Il nie être aveugle.

Quinze mois plus tard, le délire ambitieux a totalement disparu et est remplacé par une disposition constante à l'hypocondrie. Maintenant le malade se lamente d'avoir perdu la vue. Le trouble paralytique du langage est un peu plus marqué.

Plus de 2 ans et demi après la constatation de l'atrophie papillaire, le phénomène du genou manque pour la première fois, du côté droit, tandis qu'il existe encore faiblement à gauche.

Deux mois et demi plus tard, mort par diarrhée sanguinolente, fièvre et délire. Au moment de sa mort, le malade ne présentait aucun signe d'ataxie ni de lésion de la sensibilité et le phénomène du genou n'avait pas reparu.

En définitive, bien que tout autre signe de maladie spinale fît défaut, Westphal, s'appuyant sur la disparition des réflexes rotuliens, conclut qu'il devait trouver à l'autopsie une affection de la région externe des cordons postérieurs.

Examen nécroscopique : Tuberculose limitée aux poumons, rien dans l'intestin.

Moelle normale à l'œil nu. Au contraire, après durcissement dans le bichromate, on reconnait à leur teinte jaune clair, des parties malades situées dans les cordons postérieurs et à la région postérieure des cordons latéraux. Les unes et les autres contiennent de nombreuses cellules à granulations graisseuses; leurs fibres à myéline sont atrophiées, leur tissu interstitiel épaissi. Mais les vaisseaux, de même que la substance grise (y compris les colonnes de Clarke), et les racines postérieures sont parfaitement normaux.

La lésion des cordons postérieurs, respectant entièrement la portion médiane située à proximité de la scissure postérieure intéresse une portion de la région externe, de plus en plus restreinte à mesure qu'on remonte vers le cou. Elle siège dans la partie des cordons postérieurs désignée à volonté sous les noms de cordons cunéiformes de Burdach ou de faisceaux fondamentaux de Flechsig.

D'après Westphal, l'altération coexistante de la portion postérieure des cordons latéraux n'a rien à faire avec le phénomène du genou, pour les deux motifs suivants : 1° Il a autopsié des tabétiques ne présentant

aucune lésion des cordons latéraux, malgré l'absence des réflexes rotuliens ; 2° il a vu inversement des cas où les réflexes rotuliens n'avaient jamais manqué, malgré une lésion de la partie postérieure des cordons latéraux, descendant jusque dans la moelle lombaire.

M. Charcot qui, en 1866, avait d'abord localisé le siège des douleurs fulgurantes à la région la plus interne et la plus voisine de la scissure des cordons postérieurs lombaires, a tacitement renoncé à cette opinion, en 1873. Dans sa nouvelle manière de voir (antérieure à la connaissance du phénomène du genou) il admet que ces douleurs et l'ataxie des mouvements reconnaissent pour cause une lésion de la région des bandelettes externes, autrement dit de la partie même atteinte chez le malade de Westphal qui n'avait cependant ni douleurs, ni incoordination motrice.

Westphal, discutant l'importance diagnostique du réflexerotulien, soutient qu'on en constate l'absence dans toutes les scléroses postérieures atteignant la région lombaire et les cordons de Burdach, envahissement qui peut d'ailleurs survenir à une période très tardive; ce qui explique la persistance du phénomène pendant des années.

Il croit que l'existence du phénomène du genou est constante chez les individus bien portants, et que sa prétendue absence tient à une difficulté d'exploration : embonpoint, membres courts et gros. Ce phénomène peut manquer cependant dans le cas où il y a affaiblissement considérable ou perte complète de la tonicité musculaire, que Westphal estime être essentielle à la production du phénomène : tels, sur le membre paralysé de certains hémiplégiques dans le stade de l'attaque épileptique qui suit immédiatement les convulsions pendant une agonie prolongée après l'extension des nerfs.

En dehors de ces conditions spéciales son absence chez des individus en apparence bien portants est significative. Elle implique un tabes localisé et latent, ne se traduisant encore par aucun autre symptôme que la disparition du phénomène du genou.

Il n'est d'ailleurs pas absolument certain que ce processus morbide des faisceaux de Flechsig ait une marche fatalement progressive, car on cite quelques observations dans lesquellles le phénomène a reparu au bout d'un certain temps.

L'exploration méthodique du phénomène du genou est précieuse pour le diagnostic différentiel entre l'hypocondrie simple et l'hypocondrie symptomatique du début d'une ataxie locomotrice.

Abordant la question de physiologie expérimentale, Westphal ne se dissimule pas que l'inverse des expériences de Tschirjew, celles de Sénator sont difficiles à concilier avec les faits pathologiques. Comment comprendre en effet qu'une simple section des cordons latéraux lombaires fasse disparaître le phénomène en question, tandis que la section, la dissection même des cordons postérieurs, ou encore la section des cornes postérieures au même niveau reste sans influence. Si la section des racines postérieures de la 6e paire lombaire d'un côté entraîne la perte du réflexe du côté correspondant, pourquoi les lésions expérimentales des cordons postérieurs et des cornes n'a-t-elle pas le même résultat, puisque les filaments des racines en question y pénètrent? On ne résout pas la difficulté en admettant qu'une partie des filaments radiculaires postérieurs pé-

nètrent directement dans les cordons latéraux, car vu leur voisinage immédiat, ils doivent être coupés en même temps que les cornes postérieures.

Dans la discussion *Mendel* déclare que, tout en reconnaissant la valeur diagnostique du phénomène du genou dès qu'on soupçonne une affection du système nerveux central, il ne peut admettre que son absence soit d'une façon absolue, l'indice d'une maladie de la moelle, car il a vu de nombreux individus chez lesquels il manquait et qui jouissaient cependant d'une parfaite santé. A cet égard il rappelle à Westphal un mélancolique agité qu'ils ont examiné en commun, il y a 3 ans, sans pouvoir, malgré des essais réitérés, provoquer chez lui la contraction du triceps fémoral. Depuis, cet homme, complètement guéri de son trouble mental, a repris ses fonctions d'instituteur et ses exercices gymnastiques ; le réflexe rotulien continue à faire défaut.

A cela, Westphal répond qu'on peut admettre chez cet homme que l'affection de la moelle lombaire a subi un temps d'arrêt.

Remak, sur 61 cas de tabes, a noté 25 fois un retard des impressions douloureuses coïncidant toujours avec la perte du réflexe rotulien. Mais, d'autre part, chez 27 malades, le phénomène du genou manquait sans que la transmission des impressions douloureuses fut retardée. S'il est donc d'accord avec Fischer pour admettre que le ralentissement de la conductibilité par la douleur semble lié à l'absence du phénomène du genou, il s'en sépare en n'admettant pas le rapport inverse.

Lewinsky n'a jamais vu le phénomène du genou manquer chez les gens bien portants, seulement il est plus net et plus rapide quand le tendon rotulien est allongé et cylindrique que lorsqu'il est court et aplati.

V. — Pour enregistrer les phases successives des phénomènes tendineux, Eulenburg s'est servi d'un diapason muni de deux leviers inscripteurs, l'un correspondant à la percussion du tendon, l'autre à la contraction. Les deux tracés montrent l'époque du début de la contraction du triceps, et l'époque de la contraction du tendon.

A l'origine des lombes on aperçoit une faible élévation représentant la vibration des parties molles, car on la constate en l'absence du phénomène du genou; puis on remarque une élévation plus considérable s'étendant sur une série de vibrations et répondant à la contraction du triceps. Assez souvent, on voit encore survenir de nouvelles élévations qui s'expliquent par des vibrations secondaires dues à l'élasticité du muscle, mais qu'on peut regarder avec Watteville (*R. S. M.*, XXI, 603) comme l'expression du réflexe cutané ; la question, en effet, n'est pas encore résolue. (*R. S. M.*, VI, 495 ; XII, 433 ; XV, 162 ; XIX, 321. J. B.

VI — Il arrive qu'après avoir constaté pendant quelque temps l'abolition du réflexe patellaire chez certains malades, un coup brusque porté sur le tendon rotulien développe de nouveau une contraction manifeste et énergique du quadriceps fémoral. A ce propos, Westphal fait remarquer qu'on ne saurait, sans plus ample informé, conclure de là au retour du réflexe patellaire et il en cite comme preuve l'observation suivante :

Un jeune homme de 19 ans était paralysé des quatre membres. Les membres inférieurs étaient, de plus, fortement atrophiés, sans trouble de la sensibilité. La percussion du tendon rotulien ne donnait plus lieu au phénomène du genou, tandis que la percussion directe du quadriceps fémoral faisait contracter ce muscle. Lors d'un examen ultérieur, le phénomène du genou semblait se reproduire, et la contraction du quadriceps, consécutive à la per-

cussion du tendon rotulien était même très énergique, en tenant compte du développement de ce muscle. Avec plus d'attention, Westphal reconnut qu'il s'agissait là d'une simple illusion. En effet, en soulevant la peau au-dessus du tendon rotulien de façon à lui faire faire un pli, on réussissait également à y produire une contraction énergique du quadriceps. En pressant davantage le pli cutané, la contraction musculaire gagnait en énergie et s'étendait aux muscles fléchisseurs de la jambe. Il arrivait même que le quadriceps fémoral du côté opposé entrait en contraction. Ces mêmes effets étaient obtenus en formant des plis à la peau en d'autres régions, ou en percutant certains points des os du membre inférieur, par exemple le condyle interne du fémur. Enfin, on constatait en même temps une suppression complète de la sensibilité cutanée. Ce que l'on avait pris d'abord pour le phénomène du genou n'était en somme qu'un réflexe cutané se produisant par le fait d'une élévation du pouvoir réflexe, consécutive à l'anesthésie. L'autopsie du malade prouva, plus tard, que les cordons postérieurs étaient entièrement dégénérés dans toute l'étendue du segment lombaire, et il est admis que l'abolition du réflexe patellaire est sous la dépendance de cette lésion.

Chez un autre malade, le retour apparent du phénomène du genou a été observé sans que la sensibilité cutanée ait disparu ; ici encore il s'agissait d'un réflexe cutané faisant croire à première vue à la production du réflexe patellaire.

Dans un autre cas où le phénomène du genou persistait, même avec un certain degré d'exagération, la simple excitation de la peau développait également une contraction du quadriceps ; ici il y avait donc coexistence de deux phénomènes distincts : réflexe patellaire et réflexe cutané simulant le phénomène du genou. Ce dernier, dont le point de départ est une excitation directe du tendon, se produit plus tardivement que le réflexe cutané, lequel est consécutif à l'irritation de la peau.

On savait qu'à la suite de la section des racines postérieures du plexus crural chez les animaux, le phénomène du genou cesse de se produire. Or cette section entraîne une diminution considérable du tonus musculaire du quadriceps fémoral. M. Westphal s'est demandé si en restituant à ce muscle sa tonicité, par la strychnisation, le phénomène du genou réapparaîtrait. Les expériences qu'il a faites dans cette voie n'ont donné que des résultats négatifs. Une seule fois le phénomène en question a pu être reproduit chez un lapin dont on n'avait détruit qu'un petit nombre des racines postérieures du plexus crural. On doit se demander, dès lors, si le retour du phénomène du genou dans certaines affections spinales, après une première phase de disparition, n'est pas dû à ce que la lésion n'intéresse qu'un certain nombre des fibres nerveuses qui entrent en jeu dans la production du phénomène ?

Toujours est-il que ces expériences de Westphal ne sauraient trancher la question de savoir si le phénomène du genou est ou n'est pas d'ordre purement réflexe; Westphal continue de défendre la seconde hypothèse. On a invoqué aussi, pour trancher cette question, les résultats de mensurations faites pour déterminer l'intervalle de temps qui s'écoule entre l'excitation périphérique et l'apparition du phénomène. Ces résultats sont trop variables entre eux pour qu'on puisse tirer une conclusion précise. La seule chose qui reste acquise aujourd'hui, c'est que la production du phénomène du genou exige un certain degré de tonicité du muscle quadriceps fémoral, un certain degré de tension de ce même muscle et de son tendon, et une élasticité suffisante de ce dernier. E. RICKLIN.

VII. — L'auteur cherche à démontrer que si, sous l'influence de certaines lésions cérébrales, les réflexes cutanés et les réflexes tendineux sont diversement influencés (exagération d'une part, diminution ou abolition de l'autre), cela tient vraisemblablement à ce que les différents centres réflexes situés dans la moelle sont reliés à des centres cérébraux distincts au point de vue topographique. Il arrivera aussi qu'un même processus cérébral retentira sur ces centres moteurs cérébraux de façons très variées.

A l'appui de cette thèse, l'auteur a cité des faits cliniques, à savoir : quatre cas d'épilepsie corticale et un cas d'intoxication mercurielle chronique avec tremblement et mouvements rythmiques semblables à ceux de l'athétose. Dans les quatre cas d'épilepsie corticale, il y avait exagération des réflexes tendineux du côté opposé au siège présumé de la lésion cérébrale ; le phénomène du genou était exagéré des deux côtés. Cette exagération des réflexes tendineux était beaucoup plus marquée à la suite des attaques convulsives. Quant aux réflexes cutanés, ils étaient très accusés des deux côtés dans le premier cas ; dans le second cas, ils étaient exagérés des deux côtés et manquaient à la suite des attaques convulsives; dans le troisième cas (une hystérique) ils étaient mal dessinés; dans le quatrième cas, ils avaient été insuffisamment recherchés, mais, somme toute, on avait pu se convaincre que les réflexes cutanés faisaient entièrement défaut à la suite d'une attaque convulsive avec perte de connaissance. Dans le cinquième cas, les réflexes développés par le chatouillement de la plante des pieds, étaient très marqués ; l'excitation des autres régions de la peau ne donnait lieu qu'à des réflexes peu intenses.

L'auteur relate ensuite quatre observations d'attaques apoplectiques avec contracture des muscles du côté paralysé (épanchement de sang dans les ventricules) et exagération des réflexes tendineux de ce même côté, immédiatement à la suite de l'ictus apoplectique. Dans deux autres cas d'hémiplégie cérébrale, avec résolution musculaire, les réflexes tendineux étaient abolis du côté paralysé. Dans tous ces cas, les réflexes cutanés étaient abolis ou du moins notablement diminués. D'où l'auteur tire cette conclusion, que dans les cas d'hémorragie cérébrale, les réflexes tendineux sont exagérés ou abolis, suivant que les faisceaux pyramidaux sont, du fait de l'hémorragie, irrités ou paralysés. Et, en effet, dans une autre observation (8e), l'ictus apoplectique fut suivi d'une hémiplégie motrice avec résolution musculaire et abolition des réflexes tendineux du côté paralysé. Mais bientôt survinrent des signes d'une réaction inflammatoire dans le voisinage du foyer hémorragique, avec contracture des muscles du côté paralysé, indice d'une dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux. Or l'apparition de la contracture avait été précédée de l'exagération des réflexes tendineux (ce dont Charcot et Westphal avaient déjà cité des exemples). Preuve, dit M. Schwartz, que les centres réflexes réagissent déjà contre des excitations minimes qui leur sont transmises par les faisceaux pyramidaux, excitations qui sont impuissantes à produire la contracture. Voilà sans doute pourquoi dans une autre observation (7e), relatée par l'auteur, les réflexes tendineux étaient exagérés du côté de la paralysie, à la suite d'une attaque apoplectique qui avait été suivie d'une hémiplégie transi-

toire, sans qu'on observât le moindre signe dénotant une dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux. L'histoire clinique de la méningite démontre d'ailleurs que l'exagération des réflexes tendineux peut être produite par une excitation portant sur la sphère sensorielle du cerveau.

En somme, l'auteur arrive à la conclusion suivante : Étant donné un processus qui, par destruction directe des éléments nerveux du cerveau ou par une action à distance sur les centres moteurs ou sensitifs, engendre une paralysie plus ou moins accusée, cette paralysie affectera également les centres spinaux qui sont en connexion directe avec les centres cérébraux primitivement affectés. Lorsque, au contraire, ceux-ci sont excités, cette excitation se propage également aux centres réflexes de la moelle.

Dans un dernier paragraphe, l'auteur montre que conformément à l'opinion défendue par Westphal, bien des obscurités planent encore sur le mécanisme des réflexes tendineux. E. RICKLIN.

VIII. — O. Berger et Eulenburg, en examinant un grand nombre d'hommes adultes, pour la plupart des soldats, au point de vue de l'existence du phénomène de genou à l'état de santé, en ont constaté l'absence chez un certain nombre de sujets. Ils en ont conclu que l'abolition du phénomène du genou n'a pas nécessairement une signification pathologique.

M. Bloch avait fait des recherches analogues sur 694 enfants des écoles de Berlin, il en a rencontré 5 chez lesquels la percussion du tendon rotulien ne développait pas le phénomène du genou. Quatre de ces enfants présentaient des antécédents neuropathiques héréditaires. D'où M. Bloch a conclu que l'abolition du phénomène du genou chez les enfants en état de bonne santé apparente révèle une diathèse névropathique héréditaire.

Cette conclusion est attaquée par Pelizaeus. Il a examiné 2,403 garçons de 6 à 13 ans, fréquentant diverses écoles de Berlin, et il n'en a trouvé qu'un seul chez lequel *des tentatives répétées* n'ont jamais réussi à développer le phénomène du genou. L'enfant était anémique et d'une constitution débile; son père, un homme robuste vivait encore; la mère, morte depuis six ans, n'avait jamais présenté d'accidents nerveux.

Chez un autre enfant, qui relevait d'une diphtérie, le phénomène du genou faisait défaut lors d'un premier examen; un peu plus tard, de nouvelles explorations donnèrent des résultats positifs.

Enfin, chez quatre autres enfants, la percussion du tendon rotulien tantôt développait le phénomène du genou, tantôt restait sans effet, fait qu'avait déjà noté M. Bloch. En présence de ces résultats, il paraît difficile à M. Pelizaeus d'admettre une relation entre l'abolition du phénomène du genou chez les enfants et la diathèse névropathique, surtout quand on tient compte de la grande fréquence de celle-ci chez les habitants des grandes villes. E. RICKLIN.

I. — Sur certaines formes rares de paralysies du plexus brachial, par H. SARRADE (*Thèse de Paris,* 1880).

II. — Ueber traumatische Lahmung der Plexus brachialis, par ERLENMEYER (*Corresp.-Bl. f. schw. Aerzte,* 1er *septembre* 1882).

III. — Zur Neuralgie des Ramus lingualis trigeminus (De la névralgie du lingual), par ZESAS (*Wien. med. Pr. n°* 34, 1882).

IV.— Troubles fonctionnels du pneumogastrique, par LETULLE (*Thèse d'Agrég., Paris*, 1883).

V. — Zur Casuistik der Vagusverletzung (Observation de lésion du pneumogastrique), par RIEDEL (*Berl. klin. Woch., 4 juin* 1883).

VI. — Ueber trophische Störungen bei primären Gelenkleiden (Des troubles trophiques consécutifs à des affections articulaires), par J. WOLFF et Discussion à la Soc. méd. de Berlin (*Berl. klin. Woch., n°s* 27, 28, 29 *et* 30, *juillet* 1883).

VII. — Zur Casuistik der Neuritiden (Observations de névrite), par A. CASPARI (*Zeitschr. f. kl. Med., Band. V, p.* 537, 1883).

VIII. — Neuritis disseminata acutissima (Névrite disséminée suraiguë), par ROTH (*Corr.-Blatt f. schw. Aerzte, n°* 13, 1er *juillet* 1883).

I. — Cette thèse a été faite d'après une observation du service de M. Straus, où sans cause connue était survenue une paralysie motrice et sensitive de toutes les branches du plexus brachial, à l'exception du médian. Voici le résumé de ce fait :

Un homme de 33 ans, vigoureux, se réveille un matin avec des fourmillements de la main droite et de la lourdeur de l'avant-bras : le lendemain, l'engourdissement gagne tout le bras, et, au bout de deux jours, il y a une paralysie motrice complète du membre.

On constate l'immobilité du bras, une rougeur intense avec turgescence œdémateuse de la peau remontant jusqu'au moignon de l'épaule. Malgré cela, le bras est froid et insensible. L'analyse des muscles paralysés montre que le nerf radial, le musculo-cutané, le cubital, le circonflexe sont atteints : seul, le nerf médian ne paraît pas touché. De même, la sensiblité est abolie dans la sphère du circonflexe, du radial, du cubital, du musculo-cutané, du brachial-cutané interne; elle est conservée dans la sphère du médian.

La contractilité électrique, tant faradique que galvanique, est conservée au niveau des muscles paralysés : la sensibilité électrique n'est pas perçue par la peau anesthésiée.

Sous l'influence de bains sulfureux et de faradisation répétée tous les jours, la guérison survint. Les nerfs recouvrèrent leurs fonctions dans l'ordre suivant : 1° musculo-cutané (en deux jours); 2° radial; 3° brachial cutané interne; 4° cubital; 5° circonflexe. La restitution de la motilité et de la sensibilité semble s'être faite de la périphérie vers la racine du membre. H. R.

II. — La littérature allemande ne compte que 11 observations de paralysies du plexus brachial, 4 dues à Erb, 3 à E. Remak (*Berliner klin. Woch.* 1877, n° 9), 2 à Hœdemaker (*R. S. M.*, XVIII, 136) et 2 à M. Bernhardt (*R. S. M.*, XXI, 602), 6 de ces paralysies reconnaissaient pour cause une névrite, une tumeur du creux sus-claviculaire ou le rhumatisme ; les 5 autres étaient d'origine traumatique. En voici un sixième exemple :

Un homme de 28 ans fait une chute de 4 ou 5 mètres de haut, dans laquelle il se contusionne fortement le côté gauche de la face et du cou ainsi que l'épaule correspondante. En reprenant connaissance, il est frappé de l'impotence complète de son membre qui n'offre cependant ni fracture, ni luxation, ni douleurs.

Erlenmeyer voit le blessé 13 jours après l'accident. A part les mouvements des doigts et du poignet dus au cubital et au médian, ainsi que le mouve-

ment combiné d'élévation du membre avec retrait de l'épaule en arrière, effectué par le trapèze, l'inertie est absolue.

Les muscles desservis par le nerf cubital sont même les seules complètement intacts. Tous les autres nerfs du bras sont paralysés soit dans leur totalité soit dans quelques-unes de leurs branches. La lésion du médian se borne aux muscles thénar et à une diminution de la sensibilité dans la région correspondante de l'avant-bras et au niveau du pouce et de l'index. Des muscles avivés par le radial, sont atteints le court et le long supinateur et, moins gravement, le triceps.

Sont en outre paralysés, le nerf thoracique antérieur (grand pectoral), l'axillaire (deltoïde), le musculo-cutané (biceps et brachial interne), le thoracique latéral (grand dentelé), le sus-scapulaire (grand dorsal) le sous-scapulaire (sous-épineux) et, à un degré plus faible, le rameau et l'accessoire destiné au trapèze.

Tous les muscles malades présentent à l'exploration électrique, la réaction de dégénérescence sous la forme suivante. Les nerfs ne sont excitables à aucune des deux sortes de courants. Les muscles ont perdu, à part le triceps, leur excitabilité faradique et leur excitabilité galvanique est diminuée, en même temps que la formule de contractions se trouve altérée.

Pour les rameaux lésés du médian (éminence thénar) et de l'accessoire (trapèze) on constate seulement, aussi bien pour les nerfs que pour les muscles, une diminution considérable de l'excitabilité aux deux espèces de courants

Les muscles paralysés sont grêles et le bras gauche offre une circonférence de 2 1/2 centimètres inférieurs à celle de droit.

Ni troubles trophiques ni phénomènes vasomoteurs. Il existe bien une augmentation de température locale appréciable au toucher au niveau de la main gauche, mais Erlenmeyer lui attribue une origine toute mécanique. En effet, la flaccidité des muscles, l'immobilité et l'attitude pendante du membre facilitent l'arrivée du sang artériel en même temps qu'elles ralentissent la circulation veineuse.

Constamment la portion humérale du membre paralysé offre des ondulations instantanées, limitées à des régions peu étendues et variant chaque fois. Il ne s'agit pas là de contractions fibrillaires, mais plutôt de soulèvements et d'affaissements alternatifs subits et localisés des téguments.

En outre, de temps en temps, l'ensemble du membre exécute des vibrations d'une faible amplitude dans le sens de l'abduction. Le malade n'a nullement conscience de ces deux espèces de mouvements.

Erlenmeyer explique tous les troubles morbides par une paralysie des Ve et VIe paires cervicales avant leur entrée dans le plexus brachial, avec paralysie simultanée du rameau du nerf accessoire qui se rend au trapèze en croisant le plexus.

L'altération moindre du médian s'explique par sa situation profonde, laquelle explique également l'immunité constante du cubital. Si le médian est plus souvent paralysé que le cubital, c'est qu'il reçoit des branches de toutes les 5 paires cervicales. Dans le cas présent, la lésion limitée aux branches de triceps et avec deux supinateurs pour que les 3 rameaux affectés à ces muscles proviennent de la 5e et de la 6e paire cervicales et cheminent isolément vers le tronc du médian jusqu'à leur terminaison. J. B.

III. — Mme H..., 45 ans, souffre depuis quelques années de névralgie trifaciale à gauche. Depuis huit mois les douleurs siègent exclusivement à la langue ; elles ont même acquis une telle intensité que la malade évite tout mouvement de l'organe, se prive de parler et quelquefois de manger pour conjurer le retour de ces souffrances. La patiente est à ce point découragée qu'elle vient prier le médecin de lui extirper la langue.

L'auteur constate que l'organe est sain, mais que le moindre contact provoque du côté gauche de très vives douleurs. La salivation est abondante. Il n'y a qu'une cause admissible de cette violente névralgie du lingual, c'est la constipation opiniâtre dont la malade est atteinte : l'auteur ne découvre pas l'explication du phénomène. Il prescrit donc des purgatifs répétés et obtient en quelques jours la guérison presque complète de cette névralgie réflexe.

L. GALLIARD.

IV. — Le travail de Letulle débute par un résumé précis de nos connaissances actuelles relatives à la physiologie du pneumogastrique.

L'auteur aborde ensuite l'exposé analytique et critique du rôle que jouent les troubles fonctionnels du vague dans les affections des appareils respiratoire, circulatoire et digestif; il étudie ensuite l'action des substances médicamenteuses sur le pneumogastrique et termine par un chapitre synthétique dans lequel est présentée, dans une étude d'ensemble, la pathologie générale de ce nerf.

1° Pneumogastrique respiratoire. Les laryngopathies d'origine nerveuse, les hyperesthésies se traduisant par la toux ou par la névralgie du larynx, les anesthésies isolées ou qui accompagnent les paralysies laryngiennes, le spasme et le cornage font l'objet d'autant de paragraphes distincts. La physiologie pathologique de l'asthme et celle de l'asthme gastrique, l'histoire de l'adénopathie trachéo-bronchique et celle des lésions inflammatoires du poumon qui sont sous la dépendance directe des altérations du pneumogastrique et, enfin, la respiration de Cheyne-Stokes viennent terminer cette partie du travail.

2° L'étude des troubles fonctionnels du pneumogastrique circulatoire débute par l'exposé des troubles du rythme cardiaque. L'auteur passe successivement en revue les intermittences, les arythmies, les palpitations, la tachycardie et le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes.

Le rythme couplé du cœur a particulièrement attiré l'attention de Letulle. Il admet avec Chauveau l'origine auriculaire de cette arythmie discordante du cœur et du pouls dans laquelle pour deux révolutions cardiaques qui se succèdent l'une forte, l'autre faible, la première est parfaitement sentie au pouls tandis que la seconde échappe au doigt mais peut se retrouver sur le tracé sphygmographique. Il se passerait dans ces cas ce qu'on observe souvent à la suite de l'excitation faible du pneumogastrique (Chauveau) : le cœur subit un ralentissement partiel, l'oreillette continue à battre à peu près son rythme normal tandis que le ventricule manque de temps en temps un certain nombre de contractions. Il existerait ainsi dans le rythme couplé du cœur une arythmie concordante du cœur et du pouls compliquée de systoles auriculaires intercalaires.

Le chapitre consacré aux névroses du cœur contient l'exposé de la pathogénie et de la physiologie pathologique de l'angine de poitrine, ainsi qu'une étude du goître exophtalmique. L'auteur cherche à attirer l'attention sur les troubles nerveux centraux qui tels que la glycosurie, la paralysie oculo-motrice, etc., accompagnent assez souvent cette variété de goître. Il passe enfin en revue les cardiopathies et les péricardites dans lesquelles les *souffrances* du nerf de la 10e paire jouent un rôle pathogénique.

3° Le pneumogastrique digestif peut être le point de départ de troubles moteurs tels que la dilatation de l'estomac — la dilatation aiguë de l'es-

tomac accompagnée ou non de lésions de la muqueuse gastrique — et le spasme gastro-intestinal dans lequel des contractions cloniques peuvent se manifester par des mouvements péristaltiques exagérés. D'autres fois, comme dans la polyphagie, la gastralgie, les coliques, et d'une façon générale dans les affections du tube digestif caractérisées par des lésions superficielles, ce sont les rameaux sensitifs du pneumogastrique qui sont mis en jeu. La dysphagie et l'œsophagisme, troubles moteurs et sensitifs tout à la fois, le vomissement (vomissements de la tuberculose, de l'adénopathie trachéo-bronchique), complètent la série des phénomènes morbides réflexes dont le vague digestif représente la voie centripète ou centrifuge. Un second chapitre s'occupe des phénomènes cardio-pulmonaires et nerveux consécutifs aux affections de l'appareil digestif.

4° Letulle passe ensuite à l'étude du rôle du pneumogastrique dans les maladies générales et en particulier dans le diabète, la diphtérie, la fièvre typhoïde et la rage. Il relève les synergies morbides qui réunissent le diabète et les troubles cardiaques, les troubles histologiques, la congestion leucocytique de l'appareil capillaire du plancher du 4° ventricule observée dans les cas de rage, les lésions des nerfs et du bulbe qui accompagnent les paralysies diphtériques. Ces dernières altérations ne sont cependant pas constantes. L'auteur cite les résultats d'un examen absolument négatif au point de vue des lésions du bulbe et de la moelle fait par Damaschino dans un cas de paralysie diphtérique généralisé et il rapporte aussi les conclusions d'un travail inédit de Gombault dans lequel cet auteur n'a trouvé, dans trois cas, de lésion bien évidente qu'au niveau des racines rachidiennes antérieures. ASSAKY.

V. — Homme de 49 ans, profondément cachectique, ayant depuis longtemps un goitre qui a grossi rapidement dans ces derniers temps. La tumeur, du volume des deux poings, refoule le larynx à 2 centimètres à droite de la ligne médiane; elle remplit tout le côté gauche du cou depuis la clavicule jusqu'à l'angle maxillaire, sans déterminer aucun phénomène antérieur de compression nerveuse ou vasculaire. Les poumons en particulier sont sains.

L'extirpation de la tumeur nécessite une double ligature de la jugulaire interne et une résection d'un tronçon de 15 centimètres du pneumogastrique, qui adhèrent l'un et l'autre entièrement à la masse morbide.

Le pneumogastrique, très grêle et dévié de sa situation normale, avait été pris pour le rameau descendant de l'hypoglosse; sa section ne produisit aucun trouble du pouls ou de la respiration; un examen minutieux le montre non dégénéré.

A la suite de l'opération : paralysie de la corde vocale gauche. La fièvre cesse à partir du quatrième jour.

Mais dès le onzième apparaissent des accès fébriles intermittents avec frissons.

Le malade succombe le quatorzième jour, sans trace de dyspnée.

A l'autopsie : aucune thrombose dans la jugulaire. Rien dans le cerveau ni dans le cœur.

Ventricule gauche de Morgagni moins profond que le droit. Muscles de la corde vocale gauche jaunâtres et graisseux.

Œdème et congestion du poumon droit. Au contraire, le parenchyme du poumon gauche est normal, mais il existe de ce côté seulement une bronchite suppurée, générale, plus marquée dans le lobe supérieur.

L'auteur rattache cette suppuration unilatérale des bronches à la lésion du

pneumogastrique correspondant, soit qu'elle existât complètement latente, antérieurement à l'opération du fait de la compression, soit qu'elle ait résulté de la section du nerf. J. B.

VI. — On admet généralement que les modifications de longueur d'un membre survenues à la suite d'une arthropathie chronique tiennent soit à l'immobilité, soit à la disparition des cartilages épiphysaires.

Wolff repousse l'une et l'autre de ces causes et croit qu'il s'agit de troubles trophiques du tissu osseux.

Voici les raisons sur lesquelles il se fonde :

1 Ces changements de longueur ne sont pas uniquement des arrêts de croissance, des raccourcissements ; on note assez souvent le phénomène inverse, un excès de développement, un allongement du membre, ainsi que le montrent diverses observations relatées par l'auteur.

2° Ces phénomènes morbides débutent souvent à une période précoce de la maladie articulaire, ne rétrocèdent point quand le membre a récupéré ses fonctions, enfin sont parfois plus accusés sur le segment du membre le plus distant de la jointure atteinte, triple circonstance qui ne permet pas de les rattacher à l'inactivité, à l'immobilisation prolongée du membre.

3° Ils peuvent se produire sur des os dont les cartilages sont intacts, et n'épargnent pas les adultes chez lesquels le rôle des cartilages épiphysaires est pourtant terminé ; double fait qui doit dissuader de les rapporter à la lésion des cartilages. Les résections opérées à la suite des guerres de 1866 et de 1870 fournissent à Wolff de nombreux arguments à l'appui de ses assertions.

C'est à ces troubles trophiques qu'il faut attribuer les résultats définitifs plus ou moins défectueux des résections articulaires.

Quant à leur mécanisme de production, l'auteur penche plutôt pour une action réflexe que pour une névrite.

Dans la discussion de la Société médicale de Berlin, Israël déclare être du même avis que Wolff quand il se refuse à mettre sur le compte de l'inactivité du membre les troubles de développement observés à la suite d'affections articulaires. Il lui semble que les arthrites chroniques du genou prédisposent spécialement à un allongement du membre, visible encore malgré une résection. Toutefois les arrêts de croissance sont beaucoup plus communs, surtout aux mains et aux pieds, dans les cas d'affections de l'épaule, du coude, de la hanche et du genou. Chez un homme de 34 ans, qui eut à l'âge de 8 ans une carie de la hanche, le fémur est de 13 1/2 centimètres plus court que son homologue, et la jambe et le pied correspondent tout à fait à ceux d'un enfant de 8 ans.

Mais ces troubles de croissance ne sont pas particuliers aux affections articulaires. On les observe également à la suite de névroses de la diaphyse et d'affections des parties molles. Un individu ayant eu il y a quatre mois et demi un phlegmon de la main et de l'avant-bras gauche, offre actuellement une atrophie non seulement des doigts, de la main et de l'avant-bras qui ont été plus ou moins atteints par le phlegmon, mais encore du bras qui était pourtant resté indemne. En même temps, les troubles trophiques s'accusent par le bourrelet transversal des ongles et par un développement exagéré des poils qui est manifeste jusqu'au niveau de la fosse susépineuse. Israël a encore observé des troubles analogues

consécutivement à des ulcères de jambe, soit syphilitiques, soit traumatiques. Dans un cas d'ulcère de jambe en particulier le pied est devenu d'une longueur gigantesque, atteignant presque celle de la jambe. De même encore à la suite de lupus serpigineux des membres, il a noté l'allongement de phalanges, de doigts, d'orteils et même de tout le bras dans un cas.

En résumé, tous les processus phlegmasiques ou se rapprochant de l'inflammation, qu'ils siègent sur les parties molles, sur les diaphyses ou sur les extrémités articulaires, peuvent donner lieu à un trouble d'accroissement s'accusant tantôt par un excès, une suractivité, tantôt par un défaut, un arrêt de développement.

Quant à la nature intime de ces troubles morbides, où Wolff veut voir une trophonévrose réflexe, Israël ne se risque pas à l'expliquer. Jusqu'ici, on sait seulement que les affections articulaires peuvent entraîner des affections secondaires des nerfs moteurs ou sensitifs, comme le fait suivant en est un nouvel exemple : A la suite d'un coup de pied de cheval sur le genou, un individu est atteint d'une fracture de la rotule avec épanchement sanguin dans la jointure. Il est placé simplement dans une gouttière, sans appareil compressif. Néanmoins, trois jours plus tard, après avoir éprouvé quelques fourmillements dans les orteils, il est pris d'une paralysie totale de la motilité du membre et d'une anesthésie occupant la moitié antérieure du dos du pied et les orteils. Cet état persiste sans modification depuis quatre mois, et les muscles interrogés avec les courants constants accusent une réaction de dégénérescence. Or, il n'y a eu ni embolie, ni thrombose, ni pression par un bandage.

Wolff répond à Israël qu'il ne songe pas à faire rentrer parmi les troubles trophiques les phénomènes morbides observés à la suite d'affections de diaphyses et des parties molles ; ce sont des troubles résultant d'une irritation directe ou indirecte du périoste, des phénomènes de croissance exagérée par une excitation.

Eulenburg, bien que partisan déclaré de l'existence des nerfs trophiques, trouve qu'on leur impute trop facilement toutes sortes d'altérations morbides. Comment expliquer, par exemple, par un réflexe, le fait suivant :

A la suite d'un coup de feu dans le bras gauche, un individu y éprouve de violentes névralgies et un certain degré de paralysie et d'atrophie consécutive. Plus tard, se développe une atrophie des muscles symétriques du membre supérieur droit dont l'intensité finit par emporter de beaucoup sur celle du trouble analogue du membre lésé. N'est-il pas vraisemblable qu'il y a eu ici névrite ascendante et poliomyélite antérieure consécutive. J. B.

VII. — Caspari rapporte deux observations d'affections nerveuses pour lesquelles il posa le diagnostic de névrite multiple.

Voici ces deux observations (très résumées) :

Obs. 1. — Le 29 janvier, le malade est pris de frissons, de douleurs lombaires. Trois jours après on constate une température de 39°,7 qui tombe à 38°,5 le jour suivant, et se maintient à ce chiffre jusque vers le 16 février.

A cette époque, sous l'influence d'une dose de 6 grammes d'acide salicylique, la température tombe à 37° et reste normale. Pendant ces dix-sept jours, le malade se plaignit de douleurs dans les lombes et les extrémités, ces dernières sont très caractéristiques. Ellès ont pour point de départ les vertèbres lombaires, s'étendent aux fesses, à la cuisse, puis à la jambe exclu-

sivement du côté gauche, suivant exactement le trajet des troncs nerveux, puis elles disparaissent subitement dans une nuit, pour apparaître les jours suivants dans le membre inférieur droit, puis elles réapparaissent dans le membre inférieur gauche, envahissent les membres supérieurs, suivant toujours les trajets nerveux.

Au bout de dix-sept jours la fièvre était tombée, les douleurs avaient disparu, la maladie était finie, à proprement parler, mais elle laissait à sa suite des parésies et des troubles trophiques, notamment une parésie des membres inférieurs et du membre supérieur gauche qui ne disparurent qu'incomplètement sous l'influence des courants continus.

Obs. 2. — Chez une jeune fille de 14 ans, jusque-là saine, survint brusquement, sans refroidissement appréciable et avec une légère fièvre (37°,7), d'abord une paralysie faciale, puis une faiblesse des extrémités avec fourmillements au bout des doigts et des orteils. Les jours suivants la faiblesse augmente, le nerf radial gauche se paralyse, les vertèbres cervicales deviennent sensibles à la pression et aux mouvements, la sensibilité des mains et des pieds va s'émoussant. Il apparut alors une série de symptômes qui, avec une intensité variable, persista une année; elle consistait surtout en douleurs et en paralysies. Les douleurs disparaissaient parfois complètement d'un département nerveux pour en envahir un autre. Les douleurs cessèrent complètement au bout de six mois. Il y eut quelques manifestations arthropathiques de l'articulation tibio-tarsienne gauche et de l'articulation carpienne gauche.

Les paralysies n'eurent pas une marche parallèle aux douleurs, qui se localisèrent d'une façon permanente seulement dans les jambes, tandis qu'il y eut des paralysies passagères du facial et du radial. Un mois et demi après le début des accidents l'exploration électrique montrait que la contractilité électro-musculaire (galvanique et faradique) avait complètement disparu.

La malade a fini par guérir complètement au bout d'une année, après avoir passé par diverses alternatives.

L'auteur affirme que les deux observations précédentes sont des cas de névrite multiple. L'existence des troubles de la sensibilité montre qu'il ne s'agissait pas d'une poliomyélite antérieure.

Les névrites multiples diffèrent probablement des névrites simples par leur cause, ce sont probablement des manifestations d'une maladie infectieuse. Pour mieux faire comprendre sa pensée, Caspari compare ainsi les myosites et les névrites : la myosite rhumatismale serait l'analogue de la névrite *a frigore*, la myosite par trichine, l'analogue de la névrite multiple. M. DEBOVE.

VIII. — Un ouvrier de 25 ans reçoit deux coups de couteau, l'un au-dessous de l'omoplate gauche, pénétrant jusqu'aux muscles, l'autre dans le ventre, avec issue de l'intestin, qui n'est pas lésé.

Les deux blessures suturées guérissaient sans incident, lorsque le treizième jour survinrent de la fièvre et une parotidite gauche.

Le lendemain, hémiplégie faciale qui persiste malgré l'incision de l'abcès parotidien.

L'état général était resté excellent, quand subitement, au quarantième jour, le malade est pris de dysphagie dont l'intensité devient telle que dès le lendemain on est obligé de le nourrir par la sonde.

Puis, coup sur coup, apparaissent de la paralysie linguale, de l'aphonie, des fourmillements dans les quatre membres avec parésie motrice, plus marquée aux inférieurs, au gauche spécialement. Le malade ne peut se mettre sur son séant, sensibilité au contact diminuée. Disparition des réflexes rotuliens.

Mort le sixième jour des accidents paralytiques par envahissement des muscles respiratoires et du cœur.

L'intelligence est demeurée entière jusqu'à la fin. Il n'y a jamais eu ni fièvre ni douleurs.

L'autopsie n'ayant fourni aucune explication sur le siège et la nature des paralysies, Roth crut un instant avoir eu affaire à une maladie de Landry ayant débuté exceptionnellement par des symptômes bulbaires.

Mais l'examen microscopique lui montra, à sa grande surprise, qu'il s'agissait d'une affection du système nerveux périphérique.

1) La protubérance, le bulbe et la moelle, spécialement les cellules ganglionnaires des noyaux sur le plancher du 4e ventricule et celles des cornes antérieures sont intacts.

De tous les organes centraux, il n'y a d'altération que sur une cellule ganglionnaire du ganglion de Gasser gauche, laquelle offre une tuméfaction vitreuse et a perdu son noyau.

2) En revanche, les organes nerveux périphériques présentent des lésions considérables et de plusieurs ordres.

a) Lésions parenchymateuses. Dégénération graisseuse de la gaine de myéline; états variables des cylindres-axes; multiplication des noyaux des segments de Ranvier et du protoplasma ambiant; réplétion des gaines de Schwann par des cellules rondes ou allongées dont beaucoup contiennent soit de la myéline, soit de la graisse.

b) Lésions interstitielles. Tissu conjonctif intra-fasciculaire parsemé de petites cellules rondes, semblables à des globules de la lymphe et d'éléments plus volumineux, arrondis, fusiformes ou anguleux.

En général, les deux ordres de lésions, parenchymateuses et interstitielles, coexistent. Mais les diversités de localisation du processus sont très singulières. Non seulement, même au niveau des endroits les plus altérés, on rencontre toujours un plus ou moins grand nombre de fibres nerveuses intactes, mais de vastes tumeurs d'un nerf ne présentant point du tout de lésions, ou uniquement des lésions insignifiantes, tandis que d'autres tronçons du même nerf sont très altérés.

Quelques nerfs, comme l'hypoglosse gauche, sont assez uniformément atteints sur tout leur parcours, d'autres au contraire sont complètement normaux, tels que l'optique gauche.

Le processus morbide porte aussi bien sur les racines que sur les troncs et leurs branches. Toutefois les nerfs sensitifs sont beaucoup moins atteints que les moteurs.

Nerfs craniens. Les nerfs des muscles de l'œil sont peu malades.

Dans la cinquième paire gauche, c'est le maxillaire inférieur, adhérent à la parotide, qui est le plus dégénéré.

La deuxième et la huitième paires craniennes gauches sont intactes.

La septième ne renferme que de rares fibres saines; elle se compose essentiellement de cellules fusiformes disposées longitudinalement.

La neuvième est peu atteinte, de même que la dixième, sauf les récurrents et particulièrement le gauche.

La onzième et la douzième sont très gravement atteintes, surtout à gauche. La dégénération de la douzième paire s'accuse jusque dans ceux des ramuscules linguaux qui n'ont que deux dixièmes de millimètre.

Nerfs rachidiens. L'altération est peu intense sur les racines antérieures et postérieures, ainsi que sur les plexus axillaires et les nerfs cruraux. Dans les fins ramuscules nerveux des grands pectoraux, il y a quelques fibres fortement dégénérées.

Le tronc des phréniques est sain, tandis que leurs ramifications dans le diaphragme offrent en certains points une altération considérable.

Les deux sympathiques cervicaux sont à peine envahis; leurs cellules ganglionnaires sont normales; aucune prolifération cellulaire; quelques fibres à myéline sont seulement un peu friables.

3) Les fibres musculaires striées sont généralement bien conservées. Il n'y a à noter que la dégénération graisseuse et plus rarement la multiplication des noyaux dans les muscles correspondants aux nerfs dégénérés.

Toutefois, par exception, les muscles sterno-mastoïdiens sont indemnes.

Un dixième des fibres musculaires de la langue, un sixième en moyenne ont subi une métamorphose graisseuse notable.

Cette observation de névrite parenchymateuse et interstitielle disséminée fournit la preuve qu'il peut exister des altérations considérables des nerfs non reconnaissables à l'œil nu par un changement de volume ou de teinte.

Elle montre aussi que la névrite multiple peut être indolore.

Roth discute ensuite la pathogénie de cette affection. Il repousse d'abord l'idée d'une névrite septique dérivant d'une infection sortant des plaies ou de la parotide, car il n'y a eu aucun symptôme de septicémie et le microscope n'a révélé nulle part l'existence de microcoques. Il exclut ensuite l'idée d'une névrite ourlienne, parce que les oreillons ne décroissaient pas en ce moment.

Finalement, il admet une névrite par propagation du travail inflammatoire de la parotide aux nerfs voisins et de ceux-ci aux nerfs plus éloignés.

Reste le point de vue médico-légal. La mort de ce jeune homme est-elle en connexion avec les blessures? La réponse doit être négative, parce que la parotidite, survenue sans frissons et ayant évolué sans caractères septiques, ne put être considérée comme la conséquence véritable des blessures. J. B.

I. — Étude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte, par CHANTEMESSE (*Thèse de Paris*, 1884).

II. — Ueber epidemische Cerebrospinal-Meningitis, par Adolf STRÜMPELL (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 31, *p.* 484, 31 *juillet* 1882).

III. — De l'épidémie de méningite cérébro-spinale observée à Misterbianco en 1883, par UGHETTI (*Giornale della R. Societa italiana d'Igiene*, *Anno V*, *n°* 10-11).

I. — La méningite tuberculeuse de l'adulte est souvent si complexe, si imprévue dans ses allures cliniques, qu'il est bien difficile d'en trouver un tableau complet, d'autant que les travaux d'ensemble sur ce sujet sont peu nombreux. Aussi la thèse de Chantemesse est-elle d'une lecture très intéressante et très utile. Cette thèse repose sur 53 observations, dont bon nombre d'inédites, et comprend deux parties consacrées l'une à l'étude clinique, la seconde à des recherches d'histologie pathologique.

Au point de vue clinique, l'auteur insiste longuement sur un symptôme presque constant, sauf dans la forme latente du mal, mais très variable dans ses modalités et ses tendances, le délire. Souvent ce symptôme est assez prédominant pour constituer une forme spéciale, forme délirante de la méningite tuberculeuse, et l'on peut en distinguer deux variétés : le

type aigu à terminaison promptement mortelle, du 15e au 20e jour au plus tard, et le type chronique, qui peut durer d'une à plusieurs années, et entraîner les plus graves conséquences non seulement individuelles mais sociales. Le délire aigu peut être initial, continu ou rémittent, fébrile ou tout à fait apyrétique, et se montrer sous des apparences très diverses, maniaque, mélancolique ou érotique, jusqu'à l'invasion du coma paralytique. Le délire chronique est constitué tantôt par un simple affaiblissement de l'intelligence avec incapacité intellectuelle ou perversion des facultés morales, tantôt il conduit à des conséquences bien plus graves, à des actes délictueux ou même criminels.

Une autre forme dite spinale de la maladie, fréquente surtout chez les poitrinaires, débute par des accidents qui simulent la myélite ascendante aiguë jusqu'au jour où apparaissent les accidents encéphaliques.

Enfin une quatrième forme, dite hémiplégique, se caractérise par des troubles tout différents, qui peuvent porter presque exclusivement sur la motilité. La lésion se cantonne dans une plaque de méningo-encéphalite tuberculeuse circonscrite, et occupant de préférence les régions psychomotrices, d'où résultent tout à coup des accidents imprévus d'épilepsie jacksonienne, de monoplégie, d'hémiplégie plus ou moins complète, ou d'aphasie ataxique.

Le processus anatomique, qui commande ces différentes modalités cliniques, envahit non seulement les méninges, mais l'écorce sous-jacente du cerveau, dans ses vaisseaux, ses cellules nerveuses, et surtout sa névroglie. Les cellules de la névroglie « se gonflent, leur noyau prolifère, et elles finissent par se creuser d'une alvéole remplie d'un exsudat liquide. C'est par l'accroissement de cet exsudat qu'elles sont distendues, déformées, et succombent à la désintégration moléculaire ». A. CHAUFFARD.

II. — Dans l'espace de 18 mois, Strümpell a observé dans un hôpital de Leipsig une trentaine de cas de méningite cérébro-spinale épidémique, presque tous chez des individus de 15 à 30 ans. Toutefois une des malades qui a succombé était une femme âgée de 66 ans.

D'après leur marche, on peut établir 3 catégories parmi ces cas :

1° Les cas bénins, de durée généralement courte ;

2° Les cas abortifs, où des phénomènes initiaux, remarquables par leur gravité et leur violence, disparaissant promptement après avoir duré de 3 à 5 jours ; les malades ne tardent pas à entrer en convalescence ;

3° Les cas graves se terminant par la mort ou ne guérissant qu'après une longue convalescence. Ici le cycle fébrile peut se rapprocher de celui de la fièvre typhoïde, mais le plus souvent il est moins régulier, spécialement dans la période de déclin. Plusieurs malades ont offert le type fébrile intermittent.

Deux fois il y a eu une récidive très nette.

La mort est survenue tantôt à l'apogée de l'affection, tantôt tardivement, dans le marasme. Plusieurs fois, à l'approche de la terminaison fatale, on a noté des températures d'une hauteur insolite, jusqu'à 43° centigrades.

Chez 3 malades les réflexes tendineux, qui avaient complètement cessé de se produire pendant la maladie, ont reparu ensuite.

Chez plusieurs, Strümpell a noté des gonflements articulaires multiples sur lesquels le salicylate de soude a semblé quelquefois efficace.

Les autopsies ont été suivies d'un examen microscopique des centres

nerveux. En outre de la méningite, on a remarqué que le cerveau et la moelle offraient des lésions bien plus considérables qu'on ne pouvait le présumer d'après l'examen à l'œil nu. Il existait de nombreux petits foyers purulents, des petites hémorragies et des accumulations de noyaux autour des vaisseaux, qu'on pouvait suivre jusque dans les ganglions centraux.

4 fois, Strümpell a trouvé des abcès cérébraux d'un certain volume.

J. B.

III. — L'auteur conclut de ses observations que la méningite cérébro-spinale est une maladie infectieuse non contagieuse, se développant dans un foyer limité, atteignant rarement plusieurs membres d'une même famille ou les personnes en contact avec les malades. L'agent infectieux sévit pendant un temps court et à intervalles éloignés; il frappe de préférence les hommes et surtout les petits enfants de quelques mois et les jeunes gens de 20 à 30 ans.

Dans l'exsudat inflammatoire, dans le sang et dans tous les tissus se trouvent de nombreux micrococcus sans caractères spécifiques appréciables. Ces microorganismes inoculés à des lapins ne leur communiquent pas la maladie.

F. BALZER.

I. — Laspléno-pneumonie, par GRANCHER (*Union médicale*, 1883).

II. — Observation pour servir à l'histoire du tympanisme sous-claviculaire dans la pneumonie, par LAVERAN (*Société méd. des hôpitaux*, 23 *avril* 1884).

III. — De la Sclérose pulmonaire, par DU CASTEL (*Société méd. des hôpitaux*, 26 *mars*, 5 *avril* 1884).

I. — C'est un état morbide du poumon, sorte de pneumonie subaiguë, qui simule une pleurésie avec épanchement moyen et qui mérite une description et une dénomination propres.

L'auteur apporte comme type l'observation suivante :

R..., agé de 24 ans, fut mouillé le 12 juillet, six jours avant son entrée à l'hôpital, et le soir même fut pris d'un point de côté violent suivi d'un frisson ; depuis la fièvre persiste, accompagnée d'une toux rare. L'examen de la poitrine montrait dans toute la partie inférieure du côté gauche tous les signes de la pleurésie, matité avec affaiblissement des vibrations thoraciques, souffle aigu, broncho-œgophonie, pectoriloquie, aphonie.

Une ponction exploratrice faite avec une seringue de Pravaz ne donna cependant que quelques bulles d'eau et une gouttelette de sérosité sanguinolente ; deux autres ponctions pratiquées le 20 et le 21 juillet furent également infructueuses; la seringue contenait un peu de sang dès que la pointe de l'aiguille avait pénétré à 8 ou 9 millimètres de profondeur.

Une amélioration notable se produisait quand le malade s'exposa à un refroidissement, et l'état primitif revint le 27 juillet jusqu'au 8 avril. A partir de cette date jusqu'au 29 août l'amélioration fut lente, progressive, régulière; la sonorité reparut peu à peu ainsi que les vibrations; à aucun moment il n'y eut de frottement pleurétique, l'apyrexie était restée complète depuis le 19 juillet au 29 août, la respiration était encore rude, granuleuse. Deux mois après les mêmes signes de congestion de la base persistaient.

Deux autres malades ont présenté un ensemble de symptômes analogues, faisant croire à une pleurésie subaiguë ou chronique, quoi qu'il ne s'agit que d'une affection pulmonaire.

L'auteur reconnaît la difficulté d'étudier la lésion, puisque n'ayant pas d'autopsie il ne peut procéder que par induction et sous toutes réserves, et admet l'existence d'une splénisation, qui serait surtout une pneumonie épithéliale; la diminution de transmission des vibrations thoraciques par le poumon s'expliquerait par la réplétion incomplète des alvéoles, par un exsudat sero-albumineux mêlé de cellules épithéliales, et dont la densité se rapproche plus de celle des liquides que de celle des solides. Une ponction pratiquée dans ces conditions n'amène l'issue que d'un liquide sero-sanguinolent.

Le diagnostic avec la pleurésie est difficile. Dans cette dernière maladie l'égophonie est plus pure, le souffle d'une tonalité plus aiguë ; en cas de spléno-pneumonie on entend çà et là quelques rares et fines crépitations superficielles à l'inspiration seulement ; et l'espace de Traube persiste : de plus les vibrations reparaissent peu à peu et progressivement de la base au sommet. La ponction à 8 ou 9 millimètres amenant quelques gouttes sanguinolentes tranche les dernières difficultés. H. L.

II. — Un soldat de 22 ans, entré à l'hopital pour une pneumonie lobaire aiguë du coté gauche, dont les signes subaigus, d'abord limités à la partie inférieure en arrière, s'étendirent à toute la hauteur du poumon en arrière, présenta dans les trois derniers jours avant sa mort un tympanisme sous-claviculaire très marqué sur une hauteur d'un travers de main. A l'autopsie on constata une hépatisation grise totale des deux lobes du poumon gauche, aussi bien en avant qu'en arrière.

L'auteur avait admis avant l'autopsie que la partie antérieure du lobe supérieur était perméable à l'air ou simplement congestionnée, et expliquait par suite le tympanisme constaté. Puisque l'hépatisation était complète et déjà ancienne, l'idée d'une simple congestion n'est plus acceptable et Laveran est porté à croire que la sonorité tympanique sous-claviculaire est produite par la percussion indirecte de la trachée et des bronches entourées par un tissu condensé. H. L.

III. — L'auteur admet qu'il existe une série de malades chez qui la production du tissu fibreux n'apparaît plus comme un phénomène secondaire ayant pour but la limitation, la cicatrisation de lésions antérieures, mais semble être le processus saillant primitif, chez qui la maladie est exclusivement ou au moins principalement sclérogène. Il apporte à l'appui de son opinion une série d'observations contrôlées par l'autopsie.

Il a observé le début de l'affection dans deux conditions différentes, tantôt la sclérose a succédé à une affection pulmonaire aiguë *a frigore*, tantôt elle s'est établie lentement chez des sujets exposés à des irritations pulmonaires incessantes, inhalation de poussière, etc.

La sclérose est caractérisée par une toux, qui peu à peu devient quinteuse, coqueluchoïde, souvent accompagnée du rejet de crachats muco-purulents, peu abondants; fréquemment le sang se montre dans l'expectoration ; tantôt ce sont de simples filets, tantôt des crachats de sang pur. L'essoufflement à l'exercice est un phénomène précoce qui va rapidement croissant quelquefois ; il y a des douleurs thoraciques.

L'examen de la poitrine permet de relever, à la partie antérieure, des signes d'emphysème limité le plus souvent à l'espace sous-claviculaire ; en arrière, dans un point plus ou moins limité, des signes d'induration, matité, souffle, retentissement de la voix, quelques râles fins, secs. L'auteur a trouvé ces signes le plus souvent au sommet, à droite ; quel-

quefois à la base, ou au voisinage des grosses bronches, près du hile du poumon.

A une époque souvent peu éloignée du début de l'affection on voit se développer la série des symptômes qui caractérisent la dilatation des cavités cardiaques droites, et la gêne de la circulation.

L'affection a une évolution très lente, mais fréquemment interrompue par la production de crises aiguës d'exaspérations passagères ; alors la fièvre s'allume, la dyspnée devient intense, l'expectoration abondante et consiste en plusieurs crachoirs d'un liquide mousseux, visqueux, souvent tacheté de sang. Ces poussées durent rarement plus de quinze jours, l'auteur admet qu'il n'y a pas seulement de la bronchite mais bien une véritable congestion pulmonaire, comme le prouve l'apparition de râles fins, secs à la fin de l'inspiration dans le point sclérosé.

La terminaison fatale peut être due à des poussées d'asystolie, de broncho-pneumonie, qui peut se terminer par la gangrène ou la suppuration.

Du Castel admet qu'il ne faut pas confondre l'histoire de la sclérose avec celle de la dilatation des bronches de l'emphysème, de la phtisie pulmonaire, etc. Il discute la valeur des foyers caséeux ou kystes crétacés que l'on trouve chez les scléreux, et n'admet pas que l'on puisse y voir des tubercules de guérison; il établit un parallèle entre la phtisie à lésions intra-alvéolaires, parenchymateuses, à tendance ulcéreuse, et la sclérose qui affecte le tissu interstitiel, interalvéolaire, à tendance organisatrice.

La tuberculose est parasitaire, la sclérose doit son origine à des irritations pulmonaires répétées.

Le scléreux bénéficie largement de l'usage des ventouses sèches, des pointes de feu, de l'ipécacuanha à doses nauséeuses, combiné avec l'opium. H. L.

I. — **Des tensions intrathoraciques et de leurs rapports avec la symptomatologie et le traitement des épanchements pleuraux, par A. PITRES** (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1881).

II. — **De la transformation des épanchements pleuraux à la suite de la thoracentèse, par DEBOVE** (*Soc. méd. des hôpit. in Un. médic.*, 20 *juin* 1882).

III. — **Note sur un cas de pleurésie purulente guérie en 3 semaines, par LE MÊME** (*Soc. méd. des hôp.*, *ibid.* 27 *juillet* 1883).

IV. — **Ein Fall von pleuritis diaphragmatica, par JACUBASCH** (*Berlin. klin. Woch.*, 8 *octobre* 1883).

V. — **Ueber hemorragische Pleuraergüsse (Des pleurésies hémorragiques non diathésiques), par SCHETELIG** (*Ibid.*, 22 *octobre* 1883).

VI. — **UeberPleural und Peritonealdrück unter pathologischen Verhältnissen (De la pression pleurale et péritonéale en pathologie), par J. SCHREIBER** (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band XXXIII*, *Heft V*, 1883).

VII. — **Zur Differientialdiagnose der Pleuraerkrankungen (Du diagnostic des épanchements pleuraux), par S. PURJESZ** (*Ibid.*, *Bd XXXIII*, *Heft VI*, 1883).

VIII. — **De la percussion métallique combinée à l'auscultation dans le diagnostic des épanchements liquides de la plèvre, par SIEUR** (*Th. de doct.*, *Bordeaux*, 1883).

IX. — Pleurésie et état puerpéral, 15 ponctions en deux mois chez une femme en couches, par G. GRAUX (*Union méd.*, 28 *octobre* 1883).

I. — M. Pitres expose les recherches entreprises dans ces derniers temps, sur la mesure des tensions intra-thoraciques, et surtout des indications que ces notions peuvent fournir dans la ponction aspiratrice des épanchements pleuraux. Ce sujet a déjà été traité par Homolle et Peyrot.

Dans les épanchements pleuraux, la tension de la plèvre n'est plus négative, comme dans l'état physiologique ; cette tension est habituellement positive. L'emploi du manomètre adapté au tube aspirateur peut donner d'utiles renseignements sur la conduite à tenir et permettre d'éviter les accidents de la thoracentèse. Il faut pour cela s'arrêter lorsque la tension descend au-dessous de 15 à 20 millimètres de mercure. A. MATHIEU.

II.—X..., âgé de 60 ans, entre à l'infirmerie pour une pleurésie avec épanchement abondant ; on ponctionne avec un fin trocart et on retire un demi-litre de liquide transparent séro-fibrineux. Le lendemain, on trouve le malade avec une forte fièvre et des frissons ; on constate les signes d'un pneumothorax. Le surlendemain, nouvelle ponction ; il sort un litre de liquide louche, fétide, contenant des leucocytes et d'innombrables microbes. Mort deux jours après.

A l'autopsie, on trouve dans la plèvre des gaz et le même liquide fétide ; pas de perforation du poumon, pas de gangrène pleurale ou pulmonaire.

L'auteur admet que les gaz du pneumothorax proviennent de la décomposition du liquide pleurétique ; ils sont le résultat d'une fermentation produite par les nombreux organismes inférieurs qui s'y étaient développés, et qui ont dû être introduits pour la première ponction.

L'auteur conseille : 1° de porter le trocart à la température de 130° au moyen d'une étuve portative ; 2° de placer sur le trajet du tube, qui va du trocart à la bouteille, une valvule empêchant tout reflux du liquide. H. L.

III. — Homme de 23 ans, entré à l'hôpital pour une pleuropneumonie. La pneumonie ayant guéri, resta une pleurésie purulente abondante, avec état général grave ; fièvre vive, œdème généralisé. Après une ponction qui, par la soustraction d'un litre de pus, amena une amélioration passagère, on fit l'empyème ; le 16 juin l'incision donna issue à quatre litres de pus. Le 7 juin ; on retira le drain, et le 9 juillet la plèvre ne communiquait plus avec l'extérieur. Dès le lendemain de l'opération, la fièvre avait disparu. Le malade guérit en trois semaines.

Debove attribue ce beau succès : 1° à la rapidité de l'intervention ; 2° à l'application rigoureuse des procédés antiseptiques. L. D.-B.

IV. — Petit garçon, âgé de 5 mois, atteint depuis quelque temps de diarrhée et présentant depuis une huitaine une tumeur au côté gauche de la poitrine. Adénites suppurées au cou et petit abcès à la main droite.

Sur la ligne axillaire antérieure, au niveau de la 6e à la 8e côte gauche, tumeur étalée, de la grandeur d'une pièce de 5 marcs, diminuant à chaque inspiration et augmentant à chaque expiration et proéminant en forme d'hémisphère quand l'enfant crie.

La pression réduit entièrement cette tumeur, et à sa place on sent alors une lacune de la paroi thoracique, dans laquelle on peut introduire facilement les extrémités de deux doigts. Les bords de cette perte de substance sont complètement lisses.

La peau qui recouvre la tumeur est mobile, parfaitement normale ; aucun œdème. A la palpation, la tumeur paraît douée d'élasticité ; à la percussion elle donne une sonorité tympanique. Mort le surlendemain de l'entrée.

On s'attendait à trouver une hernie pulmonaire à travers une lacune congénitale de la paroi centrale; au lieu de cela il s'agissait d'une pleurésie purulente enkystée disposée en sablier. Le foyer extérieur siégeant entre les côtes et le grand dentelé antérieur communiquait avec la cage thoracique par un trou rond de deux centimètres de diamètre, résultant de la carie de l'extrémité antérieure de la 7e et du bord supérieur de la 8e côte. Le foyer intrathoracique, de la grosseur d'un œuf de poule, isolé de toutes parts, était situé entre le diaphragme et la base du poumon. Le foyer extérieur et le canal de communication sont revêtus d'une membrane pyogénique. Le kyste sus-diaphragmatique avait l'aspect d'une plaie bourgeonnante, mesurant à peu près 5 centimètres dans ses deux diamètres.

Rate hypertrophiée. Chapelet rachitique. J. B.

V. — D'après deux cas dont un suivi d'autopsie, Schetelig montre que l'existence des épanchements sanguins dans la pleurésie ne reconnaît pas nécessairement pour cause soit le cancer, soit la tuberculose.

Ils paraissent surtout coïncider avec la cirrhose des poumons et peuvent, malgré l'intégrité des bronches, se faire jour par la bouche. Le mécanisme de ces singulières hémoptysies ne peut s'expliquer que de la façon suivante : soumis à une pression considérable, l'exsudat pleural filtre à travers les bronches, que la cirrhose pulmonaire a considérablement rapprochées de la surface.

La ponction n'est admissible qu'à titre d'indication vitale, en s'entourant de toutes les précautions et en ayant soin de remplacer le fluide évacué par la même quantité d'un liquide aseptique. J. B.

VII.— Ce travail est surtout un travail de revision dans lequel l'auteur a repris avec des données cliniques nouvelles les recherches récentes de Leyden, Quincke, Homolle, etc. Il est arrivé, au reste, à des conclusions très personnelles.

1. Pression initiale et terminale. On entend par là la pression au début et à la fin de la thoracentèse. Schreiber a trouvé sous l'influence de l'inspiration un abaissement de la pression notablement plus considérable que celui qui avait été signalé par les autres auteurs. Il a trouvé de + 2 à — 28; + 4 à — 30; + 20 à — 24; et à la fin de la ponction, de — 40 à — 90, et même plus bas encore. (Ces mesures sont données en millimètres de mercure).

En dehors de l'influence des inspirations, les résultats obtenus par Schreiber sont analogues à ceux des autres auteurs. Ainsi que l'a indiqué Keberlet, la pression initiale peut être négative. Leyden et Quincke ne l'avaient pas vu descendre au-dessous de 0; mais cette pression négative au début de la ponction se rencontre moins fréquemment, semble-t-il, que ne l'a indiqué Keberlet.

2. Causes des variations manométriques dans les exsudats pleurétiques.

Les mouvements thoraciques du côté opposé à l'épanchement pleurétique, les mouvements d'ampliation du poumon du côté sain, exercent une certaine influence sur les variations de la pression dans la collection pleurétique. C'est même aux mouvements de ce côté sain que seraient dues surtout les oscillations respiratoires de la colonne mercurielle dans le manomètre. Il semble que le côté sain aspire directement l'air contenu dans le poumon malade. Ces propositions sont vraies lorsqu'il s'agit de pleurésies anciennes avec adhérences considérables. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de pleurésies récentes, sans adhérences, et, dans ces conditions, les variations manométriques sont dues, au contraire,

aux mouvements de la paroi thoracique du côté malade. N'y aurait-il pas là l'indication d'un procédé permettant de reconnaître s'il existe des adhérences ou non ? Il suffirait de faire des expériences manométriques tantôt en laissant libre, tantôt en immobilisant le côté sain. Cette recherche serait inutile en clinique ; car, entre les extrêmes, il existe des cas intermédiaires d'une appréciation très délicate.

3. Signification de la pleurométrie au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. — On a prétendu que, par le manomètre, on pourrait faire le diagnostic différentiel des épanchements sus- et sous-diaphragmatiques.

Si dans la plupart des cas, les données de Quincke et Leyden se vérifient, il arrive assez fréquemment que la pression manométrique dans les épanchements abdominaux se comporte de la même façon que dans les épanchements pleuraux. La localisation basée sur la manométrie est donc impossible.

Schreiber pense, en dernier terme, que l'emploi du manomètre complique la ponction pleurale sans grande, utilité. L'état du malade, la dyspnée plus ou moins grande, fournissent des renseignements très suffisants en clinique. La toux, l'oppression, indiquent, tout aussi bien que la dépression trop rapide de la colonne mercurielle, qu'il faut suspendre l'évacuation du liquide. A. MATHIEU.

VII. — Le diagnostic des épanchements pleuraux, malgré les moyens d'exploration que nous possédons, malgré la facilité des fonctions aspiratrices, est souvent d'une grande difficulté. Cela est vrai surtout pour les épanchements qui résultent d'une dégénérescence organique, cancéreuse de la plèvre. Unverrickt a signalé l'apparition vers la peau de petits noyaux cancéreux venus de la profondeur. Ehrlich a insisté sur la présence dans l'exsudat d'éléments spécifiques capables de faciliter le diagnostic. Ce sont là de bons signes ; mais ils peuvent manquer.

S'appuyant sur trois observations dont deux lui sont personnelles, l'auteur signale des symptômes dont la réunion devra faire penser au cancer de la plèvre.

Un côté de la poitrine présente une matité étendue, une absence complète du murmure vésiculaire et du retentissement de la voix. Parfois même il y a de l'œdème de la paroi. Le cœur se trouve sensiblement refoulé du côté opposé de la poitrine, surtout s'il s'agit d'un épanchement du côté gauche; mais le diaphragme n'est pas abaissé, et les espaces intercostaux ne sont ni distendus, ni refoulés. Il y a là une contradiction que l'autopsie a expliquée dans les cas signalés par l'existence d'un cancer en cuirasse qui occupait la plus grande partie de la plèvre costale et diaphragmatique. Dans ces conditions, la distension des espaces intercostaux et l'abaissement du diaphragme avaient été rendus complètement impossibles. A. MATHIEU.

VIII. — Sous ce titre, l'auteur étudie un procédé particulier d'auscultation plessimétrique étudié dans le service de M. le professeur Pitres : pendant qu'un aide percute un point du thorax à l'aide de deux pièces de monnaie, de deux sous, l'une servant de plessimètre et l'autre de marteau, on ausculte le point diamétralement opposé de la poitrine. Si cet examen est pratiqué au niveau d'un épanchement liquide de la plèvre, le son entendu sera clair, bref, légèrement argentin, très

différent de ceux que transmettent une poitrine saine, un poumon enflammé ou tuberculeux. Ce *signe du son*, qui fait défaut dans la péricardite, peut donc être utile pour le diagnostic; cependant il fait défaut dans les épanchements pleurétiques enkystés, et il se manifeste par la percussion du foie et en général des tumeurs solides. X. ARNOZAN.

IX. — Mme G..., dans le dernier mois de sa grossesse, avait éprouvé des troubles respiratoires d'intensité croissante. Examinée le jour même où le travail commençait, on reconnut l'existence d'un épanchement pleural remplissant tout le côté droit. On se décida à attendre; l'accouchement se fit régulièrement; mais bientôt la dyspnée revint, et cinq jours après, le 2 mars, on pratiqua une ponction qui donna issue à cinq litres de liquide séreux; 13 mars, ponction de cinq litres; 24 mars, quatre litres et demi; 3 avril, quatre litres et demi. En raison de l'amélioration éprouvée par la malade pendant les deux jours qui suivent chaque opération, et du malaise qui se manifestait ensuite, on se résolut à pratiquer, d'abord tous les deux jours, une ponction, puis à espacer progressivement. La quantité de liquide retirée alla en diminuant peu à peu de deux litres et demi à un litre. A la huitième et à la neuvième ponction le liquide était louche et laissa déposer une couche de pus qui alla peu à peu diminuant. A la quinzième ponction pratiquée le 22 mai, on ne retira plus que 900 grammes de liquide citrin. Depuis l'état local et général est devenu excellent.

L'auteur insiste : 1° sur l'insidiosité du début; 2° l'évolution normale de la grossesse et du travail malgré un épanchement excessif; 3° l'incroyable facilité de reproduction de la sérosité; 4° la non-purulence du liquide malgré ces ponctions répétées. H. L.

Leçons de clinique médicale, par J.-J. PICOT (un vol., *Paris* 1884).

L'ouvrage offert au public médical par M. Picot est le résumé de son enseignement à la Faculté de médecine de Bordeaux pendant l'année 1883. Deux sujets surtout ont été traités par l'auteur avec des développements que leur importance légitimait.

Ce sont, en premier lieu, les rapports pathologiques qui existent entre le cœur et le foie, et en second lieu la phlegmatia alba dolens.

Mettant à profit de nombreuses observations recueillies tant dans son service hospitalier que dans sa clientèle, M. Picot a donné une excellente description du foie cardiaque après avoir montré par quels symptômes ces altérations du parenchyme hépatique se traduisent au dehors. Il a décrit ces altérations elles-mêmes en utilisant les recherches récentes de M. Talamon, c'est-à-dire en insistant sur la part qui revient aux artères hépatiques dans cette variété de sclérose du foie. Réciproquement, plusieurs leçons sont consacrées à l'étude de l'influence des maladies du foie sur le cœur; les recherches de M. Potain et de ses élèves s'y trouvent longuement rapportées et leurs conclusions sont adoptées en tous points par le savant professeur.

On trouvera dans les conférences ayant trait à la phlegmatia alba dolens un historique très complet des diverses théories de la coagulation du sang; les travaux de M. Hayem, sur le rôle des hématoblastes dans ce processus, y sont décrits avec talent et contribueront, nous n'en doutons pas, à les vulgariser.

Signalons encore, entre autres leçons, celles sur la surcharge et la dégénérescence graisseuse du cœur, ainsi que celles sur les kystes hyda-

tiques du foie. Toutes sont exposées avec clarté et empreintes d'une impartialité doctrinale qui en assure le succès. C. GIRAUDEAU.

Contribution à l'étude de l'électro-diagnostic : Exploration des nerfs moteurs et des muscles à l'état physiologique et pathologique, par A. ESTORC (*Thèse de Montpellier*, 1883).

Ce travail, entrepris sous la direction de MM. Grasset et Regimbeau, se termine par les conclusions suivantes, résumées par l'auteur sous la forme d'un tableau qui pourrait être regardé comme la synthèse clinique de l'électro-diagnostic. Nous le reproduisons *in extenso* malgré sa longueur, à cause de l'intérêt qu'il nous paraît offrir pour les recherches cliniques dans les maladies nerveuses, où l'on cherche à connaître la réaction des différents organes sous l'influence de l'électricité.

A. — *Cerveau.* — Paralysies sans dégénérescence secondaire ni contracture. Excitabilité normale dans la grande majorité des cas, très rarement diminution légère et tardive de l'excitabilité.

1° Paralysies avec dégénérescences secondaires et contractures. Augmentation très légère d'excitabilité au moment où les contractures vont s'établir, ensuite diminution graduelle et parfois abolition complète.

B. — *Bulbe.* — Paralysie labio-glosso-laryngée. Simple diminution d'excitabilité dans quelques formes lentes et incomplètes. Ordinairement et surtout dans les formes types, réaction de dégénérescence partielle.

C. — *Moelle.* — Myélites systématisées : 1° Cordons latéraux. (*a*) Dégénérescences descendantes consécutives à une lésion cérébrale où à un altération médullaire. (*Voy.* Cerveau : 1°.)

(*b*) Tabes dorsal spasmodique. — Augmentation faible et passagère d'excitabilité au début, plus tard diminution considérable.

(*c*) Sclérose latérale amyotrophique. — Augmentation faible et passagère au début, plus tard simple diminution; parfois, mais plus souvent réaction de dégénérescence partielle.

2° Cordons postérieurs. — Ataxie locom.-progressive. — Augmentation très rare, légère et peu durable au début; diminution considérable et constante à la dernière période.

3° Cornes antérieures. — (*a*) Amyotrophies spinales secondaires. — Parfois simple diminution graduelle et abolition d'excitabilité. Beaucoup plus souvent réaction de dégénérescence partielle.

(*b*) Sclérose latérale amyotrophique. (*Voy.* plus haut.)

(*c*) Paralysie infantile et spinale aiguë de l'adulte. — Réaction de dégénérescence partielle.

(*d*) Atrophie musculaire progressive. — Très rarement dans les formes lentes et incomplètes simple diminution graduelle d'excitabilité. Plus souvent dans le type Aran-Duchenne et toujours réaction de dégénérescence partielle.

Myélites diffuses et maladies cérébro-spinales. — (*a*) Inflammation diffuse, à marche envahissante et rapide; spécialement paralysie ascendante aiguë (maladie de Landry). Le plus souvent diminution graduelle et abolition d'excitabilité sans modifications qualitatives.

(*b*) Sclérose en plaques et paralysie générale à forme spéciale motrice. — Diminution graduelle sans modifications qualitatives.

D. — *Paralysies périphériques.* — On constate dans tous les cas suivants une réaction de dégénérescence complète : traumatismes divers; névrite ; paralysies *a frigore* ou rhumatismales ; paralysies infectieuses, (diphtérie, fièvre éruptive, dothiénenterie, saturnisme).

E. — *Névroses.* — Dans les cas de : 1° nevrosthémie ; 2° contractures hystériques ; 3° convulsions de la face ; 4° crampe des écrivains ; 5° chorée ; 6° tétanie, on constate l'augmentation très marquée et persistante d'excitabilité ; 7° dans la paralysie hystérique, l'excitabilité est généralement normale ; 8° dans l'hémianesthésie hystérique ; il y a augmentation et la résistance au passage du courant continu dans le côté insensible.

F. — *Maladies des muscles :* 1° la myosite ; 2° l'atrophie par inertie fonctionnelle ; 3° la pseudo-hypertrophie ; 4° l'atrophie par lésions articulaires s'accompagne de diminution constante et graduelle sans réaction et dégénérescence.

Ces conclusions résument d'après l'auteur l'état actuel de la science : la question est encore trop neuve pour qu'il soit possible de les présenter comme définitives. A. MOSSÉ.

I. — Subcutaneous rhumatismal nodes, par DYCE DUCKWORTH (*The Lancet*, 2 *décembre* 1832).

II. — Subcutaneous nodules, with very indefinite connexions to rheumatism, par Stephen MACKENZIE (*The Lancet*, 5 *mai* 1883).

III. — Rhumastismal cutaneous, subcutaneous and periostal nodules, par Dyce DUCKWORTH (*Ibid.*).

IV. — Les nodosités rhumatismales sous-cutanées, par TROISIER (*Progrès médical*, 24 *novembre* 1883).

I. — Femme de 24 ans, sujette depuis huit ans à des douleurs rhumatismales, atteinte depuis huit mois de nodosités sous-cutanées, douloureuses à la pression, paraissant adhérer aux aponévroses profondes ou aux gaines des tendons ; ces nodosités occupent la main droite, le coude et le genou ; depuis trois mois elles se sont multipliées ; elle sont notablement plus douloureuses par les temps humides.

Petite fille de 9 ans, ayant souffert pendant deux mois de douleurs dans les pieds, les chevilles et les genoux ; au bout de ce temps elle voit se développer des nodules occupant les chevilles, les coudes et les genoux ; en même temps il y a du gonflement des pieds et des mains. Actuellement les nodosités, de volume inégal, occupent la gaine d'un tendon du métacarpe, l'olécrâne, l'apophyse épineuse d'une vertèbre dorsale, les deux rotules et la malléole externe d'un côté.

II. — Femme de 40 ans, n'ayant d'autres antécédents rhumatismaux que des douleurs dans les jambes huit ans auparavant. Nodosités sous-cutanées du volume d'un pois, mobiles, douloureuses seulement à la pression, sans changement de couleur de la peau sous-jacente. Deux sont situées le long du bord postérieur du cubitus, une sous la peau de la fesse, quatre ou cinq autres sous la peau des doigts. Le début remonte à deux ans, et depuis lors ces petites tumeurs ont augmenté lentement. La malade a eu la syphilis il y a deux ans (l'auteur ne dit pas s'il a institué le traitement spécifique ni avec quel succès).

III. — Femme de 38 ans, forte et bien portante, n'ayant jamais eu de manifestations rhumatismales (mais sa mère et sa sœur sont franchement rhuma-

tisantes). Il y a trois ans qu'elle a vu paraître un premier nodule au coude droit, suivi d'un second au genou droit et de plusieurs autres. Actuellement on trouve une nodosité fibreuse, du diamètre d'une pièce de deux sous dans le tissu sous-cutané de la région cubitale droite ; deux autres plus petites adhèrent solidement au périoste. Des nodules analogues se voient dans les régions suivantes : un adhérent au ligament antérieur du poignet droit, un dans la paume de la main, un à la troisième phalange du petit doigt, un sur l'avant-bras gauche, six à la paume de la main gauche, adhérents à la peau. Les membres inférieurs en portent également un assez grand nombre qui sont les uns cutanés ou sous-cutanés, les autres adhérents au périoste. Toutes ces petites tumeurs sont très douloureuses surtout par les temps froids. Elles existent maintenant depuis plus de deux ans et demi. Un traitement par l'iodure de potassium continué pendant trois mois a paru les faire diminuer de volume, et quelques-unes ont perdu de leur dureté. H. BARTH.

IV. — M..., âgé de 28 ans, après avoir présenté pendant 3 à 4 semaines les signes d'un rhumatisme articulaire aigu de moyenne intensité, était encore obligé de garder le lit pour une extrême anémie quand il a remarqué de petites nodosités développées à la partie antérieure du poignet gauche, le long d'un des tendons du fléchisseur superficiel, douloureuses à la pression. L'examen méthodique montra l'existence de deux nodosités au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit, d'une troisième sur le médius, saillantes, fermes, élastiques, douloureuses à la pression non adhérente à la peau. Une autre existait au coude gauche près de l'olécrâne. Une dernière enfin au niveau de la bosse pariétale gauche. Le lendemain 17 avril on en trouvait six à l'occiput, oblongues, grosses comme des haricots, saillantes, très douloureuses, adhérentes au crâne, deux autres s'étaient développées sur la bosse pariétale gauche, une sur la droite. Du 17 au 21 il se développa ainsi peu à peu une trentaine de tumeurs sur le crâne, puis aux genoux.

Le 2 mai il n'existait plus trace des nodosités crâniennes ; le 5 elles avaient toutes disparu sans laisser de traces.

Le point de départ de ces nodosités était donc varié, pour les unes les tendons, pour d'autres les ligaments et les membranes fibreuses péri-articulaires, enfin le péricrâne.

L'auteur donne ensuite une rapide description des caractères cliniques de ces tumeurs sous-cutanées. Elles sont plus ou moins saillantes ; parfois on ne les découvre qu'à la palpation ; leur volume varie d'un grain de blé à une amande, elles sont sphériques ou ovoïdes ; de consistance ferme, élastique ; indépendante de la peau qui glisse sur elles, adhérentes aux tendons, aux ligaments, aux aponévroses superficielles ou au périoste, plus ou moins mobiles sur les organes sous-jacents.

A leur niveau il n'y a ni rougeur ni chaleur ; elles sont indolentes ou plus souvent douloureuses à la pression. Leur apparition n'est annoncée par aucun phénomène précurseur, leur développement se fait en quelques heures ou quelques jours par poussées successives en 8 ou 15 jours, elles restent stationnaires une à plusieurs semaines, puis se résorbent lentement, sans laisser de traces. Elles peuvent se montrer au niveau de toutes les articulations, des os superficiels en particulier du crâne, sur le pavillon de l'oreille, et à proprement parler sur toutes les aponévroses superficielles. Elles sont isolées ou confluentes, souvent symétriques. Leur nombre varie de 1 à 50.

Le siège anatomique de ces nodosités est à la surface ou dans l'épaisseur des éléments fibreux sus-indiqués. Troisier rejette l'opinion de Barlow et de Hirschsprung qui admettent qu'elles sont constituées par du

véritable tissu fibreux, et croit qu'elles consistent en un tissu embryonnaire offrant en quelques points une désorganisation plus avancée, et subissant par places un travail nécrobiotique.

Le diagnostic est surtout à faire avec les exostoses et les gommes syphilitiques, et avec les nodosités éphémères signalées par Féréol. (Voy. *R. S. M.*, XX, 606.) H. LEROUX.

Zwei Fälle von Rheumatismus acutus im Kindesalter mit einer eigenthümlichen Complication (2 cas de rhumatisme articulaire aigu chez des enfants avec nodosités fibreuses sous-cutanées, par Georg MAYER (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 31, p. 481, 31 juillet* 1882).

1er *cas*. Garçon de 12 ans, atteint d'insuffisance mitrale. Au niveau de l'insertion rotulienne du tendon du triceps sur les deux genoux, ainsi qu'au niveau des poignets, au-dessus des apophyses styloïdes cubitales, on sent de petites indurations diffuses, élastiques, indolores.

Au bout d'une quinzaine, douleurs et gonflement des poignets; céphalalgie, étourdissements, douleurs précordiales, œdème des jambes et de la face.

Quelques semaines plus tard, on note que les indurations diffuses des genoux se sont transformées en nodosités résistantes, grosses comme la moitié d'un pois. Des productions analogues se perçoivent au niveau des malléoles externes, du coude droit au-dessus de l'olécrâne des deux épines iliaques postéro-supérieures et de l'articulation scapulo-humérale droite au-dessous de l'extrémité de la clavicule. Ces nodosités sont à peine douloureuses et très mobiles sous la peau.

Mort au milieu d'une anasarque généralisée.

Autopsie: Endocardite chronique de la mitrale avec hypertrophie du ventricule droit. Hépatisation rouge. Foie muscade. Hydrothorax et ascite.

Les nodosités ont une forme ovale; le volume de noyaux de cerises et une consistance assez ferme. Elles sont entourées d'un tissu graisseux œdématié et sont implantées sur les aponévroses des tendons.

Au microscope, elles sont composées essentiellement de tissu fibreux, mêlé çà et là de fibro-cartilage. Dans les unes, c'est le tissu fibreux qui domine, dans les autres le cartilage.

La nodosité claviculaire a même une texture ossiforme, grâce à des dépôts calcaires dont elle est parsemée.

Il paraît donc évident qu'on se trouve en présence d'un même processus à divers stades. De conjonctives qu'elles sont d'abord, les nodosités deviennent cartilagineuses et même uniformes. D'autre part, elles peuvent se résorber, ainsi que le montre le fait suivant.

2e *cas*. Fillette de 12 ans. Au cours d'une troisième attaque de rhumatisme articulaire généralisé subaigu, l'examen des jointures fit découvrir la présence de nodosités grosses comme des petits pois, très mobiles et peu douloureux, au niveau des coudes, au-dessus de l'oléocrâne, au niveau de la face dorsale des poignets, en dedans de l'apophyse styloïde de cubitus et au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite, au point où l'aponévrose sterno-mastoïdienne se réfléchit sur le sternum.

Le salicylate de soude se montra sans influence sur ces nodosités qui peu à peu rétrocédèrent complètement avant que les articulations fussent complètement guéries.

(*R. S. M.*, XX, 606 et 607, XXII, 216 et ci-dessus, page 208.) J. B.

GYNÉCOLOGIE.

I. — Casuistike Beiträge, insbesondere über die Laparotomien und Fistelopérationen, par ZWEIFEL (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 22, p. 105, 28 *mai*, n° 23, p. 327, *et* n° 24, p. 342, 6 *et* 13 *juin* 1881).

II. — Kurzer Bericht über 300 Ovariotomien, par Karl SCHRŒDER (*Idem*, n° 16, p. 237, *et* n° 17, p. 253, 17 *et* 24 *avril* 1882).

III. — Bericht über 110 Ovariotomien, par A. MARTIN (*Idem*, n° 10, p. 137, *et* n° 45, p. 702, 5 *mars et* 5 *novembre* 1883).

IV. — Ueber elastische Ligatur im Abdomen, par P.-K. MOELLER (*Idem*, n° 30, p. 465, 24 *juillet* 1882).

V. — Ovariotomie le quatrième jour des couches; mort, par VEIT (*Idem*, n° 32, p. 493, 3 *août* 1883).

VI. — Eine doppelseitige Ovariotomie, par Edgar KURZ (*Idem*, n° 45, p. 697, 5 *novembre* 1883).

VII. — Ovariotomie pour kyste, par KALTENBACH (*Idem*, n° 8, p. 126, 25 *février* 1884).

VIII. — Dégénérescence maligne d'un kyste papillaire de l'ovaire, par LOEHLEIN (*Idem*, n° 49, p. 733, 5 *décembre* 1881).

IX. — Récidive à la suite d'une ovariotomie pour cancer, par J. HOFMEIER (*Idem*, n° 22, p. 336, 28 *mai* 1883).

X. — Diagnostic der Eierstocksgeschwülste, par GOENNER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 4, p. 91, 15 *février* 1884).

XI. — Beitrag zur Castration des Weibes. Retroflexio uteri Pelvi; peritonitis Hydrosalpinx. Exstirpation beider Ovarien und einer Tube. Genesung, par Ernst ODEBRECHT (*Berlin. klin. Woch.*, n° 16, p. 220, *et* n° 17, p. 240, 18 *et* 25 *avril* 1881).

XII et XIII. — Deux cas de castration pour dysménorrhée, par M. LEOPOLD et par TILLMANS (*Idem*, n° 41, p. 622, 9 *octobre* 1882).

XIV. — Laparotomie bei Tumoren der Tuba Fallopiae, par R. BERTRAM (*Idem*, n° 4, p. 54, *et* n° 5, p. 66, 22 *et* 29 *janvier* 1883).

XV. — Exstirpation der linken Niere; zwei Jahre später Exstirpation beider Ovarien und Tuben wegen Tuberculose der genannten Organen (Extirpation du rein suivie deux ans plus tard de celle des ovaires et des trompes pour tuberculose), par F. von MANDACH (*Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 3, p. 57, 1er *février* 1884).

XVI. — Tumeur du mésentère enlevée par laparotomie, par MŒRICKE (*Berlin. klin. Woch.*, n° 37, p. 542, 12 *septembre* 1881).

XVII. — Ein Fall von Abdominalschwangerschaft (Laparotomie pour grossesse abdominale), par THIESEN (*Idem*, n° 8, p. 117, 25 *février* 1884).

I. — Zweifel donne la relation d'un certain nombre de laparotomies faites à la clinique d'Erlangen.

Les 18 *ovariotomies*, dont une double, ont donné 4 morts. Deux femmes, chez lesquelles le pédicule avait été réduit, ont été emportées par un tétanos, l'une le sixième, l'autre le dixième jour. Une opérée qui avait déjà subi un an auparavant une première ovariotomie est morte, au bout de quelques semaines, par généralisation de son cancer de l'ovaire.

3 *castrations* ont été faites, l'une pour dysménorrhée (guérison), les deux autres pour fibromes utérins inopérables. L'une de ces femmes a été enlevée par une péritonite septique. L'autre s'est rétablie de son opération à la suite de laquelle la tumeur fibreuse qui remplissait tout le petit bassin a d'abord subi une phase de rétrocession. Mais six mois plus tard, malgré que la menstruation n'eût pas reparu, le fibrome a de nouveau rapidement augmenté de volume.

2 *laparotomies* se sont trouvées converties en simples incisions exploratrices, l'opération ayant été jugée impossible. Une malade succomba le onzième jour. La tumeur qui avait été prise pour un kyste de l'ovaire fut reconnue, à l'autopsie, être un cancer de l'estomac propagé au grand épiploon.

4 *hystérectomies par laparotomies* pour tumeurs fibreuses ont donné 1 mort (par septicémie aiguë).

1 *extirpation totale de l'utérus par laparotomie* pour un sarcome s'est terminée fatalement au bout de dix-neuf heures : dans le faisceau inférieur des ligaments larges se trouvait comprise l'artère utérine gauche, qui s'échappa de la ligature métallique et donna lieu à une hémorragie mortelle.

1 laparotomie pour *grossesse extra-utérine* a été heureuse (*R. S. M.*, XXIII, 217).

Les 3 opérations *césariennes* n'ont fourni aucun succès (*R. S. M.*, 207).

Zweifel termine son mémoire par la statistique de morbidité et de mortalité de la clinique d'accouchements :

De 1876 à la fin de 1880, la proportion des accouchées complètement apyrétiques a oscillé de 70 à 84,5 0/0. Sur un total de 626 accouchements il y a eu 6 décès de fièvre puerpérale, soit une proportion de 0,79 0/0. Deux de ces femmes ont été manifestement infectées par des élèves qui avaient, une cinquantaine d'heures auparavant, pratiqué une autopsie ou fait de la médecine opératoire à l'amphithéâtre.

II. — En six ans de séjour à Berlin, Schroeder a fait 300 ovariotomies; les âges extrêmes de ses opérées étaient 13 et 80 ans.

La première centaine d'opérations a compté une mortalité de 17, la deuxième centaine, 18 et la troisième, 7, si l'on fait abstraction d'une femme qui, guérie de son ovariotomie, a succombé au marasme tenant à l'extension au péritoine de son myxome de l'ovaire. Les autres 7 décès se décomposent ainsi : 4 péritonites septiques dans des ovariotomies compliquées; 2 morts subites au huitième et au quatorzième jour, sans rien autre à l'autopsie qu'une atrophie brune du myocarde; 1 mort par eschare au bout de six semaines.

Les 18 décès de la seconde centaine d'ovariotomies comprenaient : 5 péritonites et septicémies; 7 morts par affaiblissement graduel des

forces ; 2 par le choc, l'ébranlement nerveux dû à l'opération ; 1 par péritonite ; 1 mort subite par atrophie brune du cœur et 2 par hémorragies. L'une de ces hémorragies fut causée par l'artère ovarique qui avait glissé du pédicule lié et formé dans le ligament large un thrombos qui se rompit dans la cavité péritonéale. Depuis cet accident, Schroeder lie isolément cette artère.

III. — Au point de vue du monde et du résultat opératoires, Martin établit trois catégories parmi ses 110 ovariotomies.

Le 1er groupe ne comprend que les 6 opérations antérieures au pansement antiseptique. 3 des femmes ont succombé, 2 au collapsus (hémorragie de la tumeur antérieure à l'opération ; cancer du péritoine), 1 à la septicémie.

Le 2e groupe embrasse 46 ovariotomies pratiquées antiseptiquement, mais sans un local ni un personnel spéciaux.

Parmi elles se trouvent 5 ovariotomies doubles ; 2 kystes de ligament large ; 2 kystes intra-ligamenteux ; 6 castrations ; 4 tumeurs malignes et 4 ablations simultanées des trompes.

12 de ces femmes (26 0/0) ont succombé : 4 aux progrès de la cachexie cancéreuse ; 7 par septicémie ; 1 par suppuration du sac existant déjà avant l'opération.

Le 3e groupe enfin se compose des 58 opérations faites dans un local *ad hoc* avec toutes les précautions antiseptiques. Deux femmes seulement (3,5 0/0) ont succombé, l'une par embolie, le treizième jour, en pleine convalescence ; l'autre à un carcinome du péritoine.

Parmi ces 58 ovariotomies, 14 étaient doubles ; 2 fois il s'agissait de kystes du ligament large ; 4 fois de tumeurs intra-ligamenteuses ; 3 fois de carcinome ; 6 fois on fit en même temps l'ablation des trompes dégénérées.

2 étaient des castrations et 17 furent pratiquées pour ovarite chronique.

En résumé, en dehors des tumeurs de l'ovaire, Martin a fait l'ovariotomie 8 fois à titre d'opération de Hegar et 17 fois pour ovarite chronique.

Des 8 femmes à qui Martin a fait la castration, 1 seule a succombé (embolie), 4 fois il s'agissait d'avancer la ménopause chez des femmes atteintes de tumeurs fibreuses : à la suite de la castration, les hémorragies ont persisté, mais les fibromes ont diminué de volume.

2 castrations ont été pratiquées pour atrésie des organes génitaux et absence d'utérus, 1 pour métrorragies incoercibles, mais l'opération est restée inefficace et deux ans après cette femme a dû subir l'extirpation vaginale de l'utérus. Enfin la dernière castration a été faite chez une femme qui avait depuis quatre ans de l'aménorrhée avec névralgie de l'ovaire.

Les 17 femmes ovariotomisées pour inflammation chronique de l'ovaire ont toutes guéri. L'une d'elles a subi une double opération. Chez 5, l'origine blennorragique de l'affection était très nette.

Comme accidents de la convalescence, dans ses 58 dernières opérations, Martin a noté 8 abcès des parois abdominales et 7 phlegmons dans le ligament large ou autour du pédicule.

Dans la discussion, *Schroeder* déclare qu'il n'a pu encore se résoudre à l'idée d'extirper les deux ovaires chez de jeunes femmes souffrant d'ovarite. Il admet l'innocuité du liquide kystique qui tombe dans la

cavité abdominale ; mais quant au pus, il croit qu'il y en a d'infectueux.

Gusserow a vu dernièrement du pus à odeur cadavérique s'écouler de la trompe dans la cavité péritonéale, sans aucune suite fâcheuse.

P. Ruge a fait une castration pour hémorragies liées à une endométrite végétante chronique et contre lesquelles râclage et perchlorure de fer n'avaient eu aucun succès durable. Depuis trois ans qu'elle est opérée, cette femme n'a plus perdu une goutte de sang.

IV. — Moeller expose la pratique suivie par Boye pour la ligature du pédicule qu'il réduit.

Boye emploie suivant la grosseur du pédicule, un ou deux tubes élastiques phéniqués qu'il fixe à l'aide de soie. Sur 6 opérées 4 ont guéri sans incident, chez la 5e, où il avait fallu réséquer et lier (de la même façon) l'épiploon adhérant la convalescence fut retardée par des abcès qui se firent jour en divers points de la paroi abdominale. Enfin la dernière a succombé par épuisement, avec une péritonite insignifiante.

V. — Femme que Veit avait déjà soignée pendant sa grossesse pour une rétroflexion sans avoir reconnu de tumeur. Appelé pendant le travail, il constate l'existence de deux tumeurs des ovaires de la grosseur des poings. Pendant les premiers jours des couches ces tumeurs grossirent rapidement et comme la malade présentait des phénomènes généraux laissant supposer une tension des pédicules kystiques, Veit procéda le quatrième jour à l'ovariotomie qui fut rapide et aisée. Néanmoins l'affaiblissement de la malade ne fit qu'empirer et la mort arriva douze heures après. L'examen des pièces confirme le diagnostic de torsion du pédicule.

VI. — Femme de 38 ans ayant une circonférence abdominale de 132 centimètres. A la suite d'une ponction qui procure l'issue de 30 litres de liquide ascitique, Kurz constate l'existence d'un kyste sur chaque ovaire, et huit jours plus tard, il pratiqua une double ovariotomie.

Le cinquième jour la plaie est réunie par première intention, et la température n'a jamais dépassé 37,8 ; mais le pouls reste un peu fréquent (autour de 100) et il y a quelques coliques.

Mort le neuvième jour après l'opération, sans péritonite, dans le collapsus.

A l'autopsie, à part une seule anse, tous les intestins grêles sont rétractés contre la colonne au niveau de l'épigastre. Entre le paquet intestinal et les hypocondres, il reste ainsi un espace libre ayant les dimensions de plusieurs poings, car le foie lui-même est rétracté en arrière.

Le gros intestin, à peine reconnaissable, est également soudé plus bas à la paroi postérieure de l'abdomen et englobé dans un tissu calleux. L'intestin grêle, l'estomac, le foie sont unis entre eux et maintenus en arrière par des cordons fibreux. Péritoine intact. Pâleur et anémie universelle du cadavre.

Kurz explique la mort de son opérée de la façon suivante : la partie supérieure de l'abdomen dont la paroi antérieure est rigide, était dilatée depuis longtemps par l'ascite. Elle n'a pu reprendre ses dimensions premières après l'opération. La masse intestinale elle-même, hors d'état de se développer, grâce à des adhésions, n'a pu venir combler l'espace vide et rétablir l'équilibre de pression. La cavité abdominale se trouvant sous une pression inférieure à celle de l'atmosphère, a agi comme une pompe aspirante attirant à elle toute la masse sanguine et déterminant ainsi la paralysie des centres nerveux anémiés.

VII. — Fille de 17 ans. Ovariotomie. L'artère ovarienne en se rétractant, glisse hors du faisceau où elle était liée et donne lieu à un hématome en forme de boudin entre les feuillets du ligament large. Après avoir évacué l'épanchement sanguin, Kaltenbach applique une double ligature élastique

près de la base du ligament large. Drainage par l'angle inférieur de la plaie et guérison.

VIII. — Loehlein relate un exemple de dégénération maligne d'un kyste papillaire de l'ovaire, qui vient à l'appui des recherches de Flaischlen (*R. S. M.*, XIX, 583).

Une malade ayant subi une ovariotomie double pour kystes papillaires eut neuf mois de santé parfaite après cette opération. Mais en novembre 1880, elle revint pour une hernie de l'angle inférieur de la plaie, causée par le liquide ascitique. On sentait des éminences vésiculeuses sur l'épiploon, une nodosité dure, de la grosseur d'un œuf de poule, sur le péritoine pariétal et une infiltration du petit bassin au niveau du côté gauche du restant du pédicule. L'ascite ayant augmenté, on retire par ponction un seau de pus séro-sanguinolent.

Dans la discussion, *P. Ruge* déclare qu'il n'a pas encore constaté la récidive d'un psammocarcinome de l'ovaire avec excroissances papillaires, opéré il y a deux ans.

Schroeder tient le fait de Ruge pour exceptionnel. Il conseille l'exploration rectale pour reconnaître les excroissances papillaires des tumeurs ovariennes, mais *Loehlein* répond que chez sa malade, l'examen par le rectum n'a rien appris à cet égard.

IX. — J. Hofmeier présente les organes pelviens d'une femme ovariotomisée par Schroeder, le 29 mai 1881, pour un cancer qui dut être laborieusement isolé de la vessie. En novembre 1881, la récidive s'accuse par l'apparition de nodosités entre la vessie et l'utérus. En outre, le malade avait une constipation opiniâtre et finit par succomber au milieu de phénomènes d'étranglement interne.

La cause de cet étranglement était une adhérence contractée par l'intestin grêle au niveau même de l'endroit où on avait enlevé la tumeur ovarienne.

X. — Goenner a essayé la valeur du procédé de réduction de Hammarsten, relativement au diagnostic chimique de l'origine ovarienne d'un liquide examiné.

Sur 11 liquides de kystes de l'ovaire, 7 seulement offrirent la réaction. Goenner a également tenté l'épreuve avec des liquides ascitiques, pleurétiques, avec du liquide péricardique de bœuf, avec celui provenant de myomes utérins ramollis. Aucun d'eux, sauf celui d'une ascite par cancer hépatique, n'a donné la réduction.

Goenner conclut que l'épreuve de Hammarsten ne prouve pas d'une façon infaillible l'existence d'un kyste de l'ovaire et qu'en outre elle peut manquer lors même qu'il y a un kyste.

Un fait intéressant pour la rupture des kystes ovariens, c'est qu'un mélange de liquide ascitique et de contour d'un kyste dans la proportion de 2 à 1 fournit la réduction.

XI. — Femme de 29 ans, mariée deux fois. Pendant ses mariages, douleurs dans les reins et le bas-ventre et troubles dysménorrhéiques qui cessèrent seulement durant son veuvage. La réduction d'une rétroflexion utérine fait également disparaître ces accidents, mais la malade ne supporte longtemps aucun pessaire. Les pessaires ont même déterminé de nouvelles souffrances, consistant en des contractions chroniques et rythmiques, extrêmement douloureuses de l'utérus. A la suite de l'amputation du col, ces contractions cessent dans l'utérus pour apparaître dans le releveur anal. Une extirpation des caroncules s'étant montrée inefficace, la femme réclame une opération radicale.

Le 29 juillet 1879, laparotomie antiseptique. Le fond de l'utérus est fixé

au promontoire. Trompe gauche adhérente à l'ovaire, dilatée, flexueuse et représentant un conglomérat de petites tumeurs juxtaposées, en partie fluctuantes. Nombreuses adhérences de l'utérus et des trompes avec les parois du bassin. Une partie du contenu tubaire se répand dans la cavité abdominale.

La toilette péritonéale est forcément incomplète parce que jusqu'à la fin les éponges sont imbibées d'un liquide sanguinolent, provenant des adhérences sectionnées. Durée de l'opération, deux heures.

De nombreuses péripéties retardèrent la guérison : pendant plusieurs jours, vomissements incoercibles ; douleurs dans l'abdomen et au niveau de la plaie, résistant à 10 centigrammes quotidiens de morphine. Le cinquième jour ces douleurs obligent à enlever les sutures qu'on remplace par des bandelettes de diachylon. Il se développe ensuite une hernie ventrale et une eschare ; puis le quatorzième jour, une parotidite double, suppurée à gauche ; le lendemain un accès maniaque prolongé par du délire religieux pendant deux jours. L'opérée est alors prise de bronchite. Le vingt-quatrième jour, la moindre injection d'aliments provoque des élancements effroyables au niveau de l'épigastre et des hypocondres (tiraillements de fausses membranes). A deux reprises, au vingtième et au trente-quatrième jour, le pansement est inondé de pus s'accompagnant de l'issue de ligatures ; en même temps, à la suite d'épreintes très douloureuses, du pus se fait également jour par le rectum.

Quatorze mois après la castration, ni la menstruation ni les douleurs n'avaient reparu.

XII. — Le fait de Leopold concerne une fille de 22 ans, atteinte de névralgie ovarienne avec dysménorrhée. Après la castration, les douleurs qui dataient depuis plusieurs années disparurent et la guérison eut lieu sans fièvre.

XIII. — Dans le cas de Tillmanns, il s'agit d'une fille de 24 ans éprouvant des accidents semblables depuis plusieurs années. Mais depuis six mois les souffrances sont devenues telles que la malade a songé au suicide. Castration. Marche ultérieure absolument apyrétique et guérison parfaite.

XIV. — Bertram relate 8 laparotomies avec ablation des trompes pour des tumeurs tubaires qui, à part la dernière avaient été prises pour des kystes de l'ovaire ; 7 des opérées ont guéri ; les observations sont tirées de la clinique privée de Martin.

1er *cas*. Femme de 37 ans, nullipare dysménorrhéique et hystérique. Castration le 11 novembre 1877 par Martin, pour croissance extrêmement rapide ; on trouve là un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus. Les ovaires sont en dégénération kystique ; les trompes dilatées : celle de droite qui a la grosseur du petit doigt est enlevée. Cette malade présentait donc simultanément un corps fibreux de l'utérus, des kystes commençant, des ovaires et une double hydropisie tubaire.

Elle guérit rapidement. Mais bien que la tumeur fût en involution régressive et que toute perte sanguine eût cessé, les troubles nerveux reparurent, de sorte que huit mois après la castration, l'état était le même qu'auparavant.

2e *cas*. Femme de 27 ans, hystérique, mariée depuis quatre ans, sans enfants ; règles douloureuses.

A gauche de l'utérus, on sent une tumeur qui augmente rapidement de volume et qui est prise pour un kyste de l'ovaire gauche. Opération le 10 août 1878 : la tumeur qui est en réalité formée par la trompe gauche, constitue comme une couronne autour de l'ovaire qui est placé derrière elle.

Ablation de la trompe. Guérison sans fièvre : les règles sont devenues indolores et régulières, mais quatre ans après, pas encore de grossesse.

3e *cas*. Femme de 42 ans, nullipare, réglée peu abondamment et irrégu-

lièrement. Depuis quatre mois, développement du ventre, besoins fréquents de miction, aménorrhée et douleurs obtuses dans l'hypogastre droit.

Ventre uniformément soulevé par une tumeur dépassant le nombril d'un travers de main, de consistance moins dure à gauche qu'à droite où elle est mobile. Le toucher vaginal révèle à droite de l'utérus l'existence d'une tumeur de connexion avec celle perçue extérieurement. Le diagnostic est kyste des ovaires. Opération le 25 novembre 1879. Issue de liquide ascitique.

Kyste de l'ovaire gauche de la grosseur d'une tête d'homme, mais en arrière de lui et à sa gauche est un kyste indépendant, gros comme le poing, formé par la trompe gauche; c'est lui qui avait été pris pour une tumeur de l'ovaire droit. Ablation de la trompe hydropique. Guérison rapide.

4e *cas.* Femme de 27 ans, nullipare; infectée de blennorragie par son mari. Dès lors violentes douleurs dans le ventre et rectite purulente; puis phlegmon du ligament large gauche qui est ponctionné par le vagin. Huit mois plus tard, douleurs au côté droit du ventre. L'examen révèle la présence de deux tumeurs, l'une à droite de l'utérus, de la grosseur des deux poings, peu mobile et remontant vers la région cæcale, l'autre à gauche, de la grosseur d'une pomme. Opération le 5 février 1880. La vessie, adhérente à la paroi abdominale, est ouverte involontairement et immédiatement suturée.

La tumeur droite, distendue à se rompre, adhère par sa grosse extrémité au plancher pelvien; au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite : c'est la trompe qui contient un liquide épais verdâtre : son sac vidé est suturé dans la plaie. Du côté gauche, kyste tubo-ovarien qu'on enlève. Un an après la malade succomba à une phtisie pulmonaire.

5e *cas.* 31 ans, nullipare. Au-dessus de la branche horizontale du pubis gauche, tumeur dure, douloureuse, mobile, du volume d'un œuf d'oie; cette tumeur s'enfonce dans le bassin et on la retrouve par le toucher vaginal à gauche et en arrière de l'utérus, fortement refoulé à droite. Martin diagnostique un kyste de l'ovaire gauche. Opération le 24 février 1880. L'ovaire gauche est trouvé normal, tandis qu'il existe un pyosalpinx gauche. Mort le sixième jour, sans autopsie, au milieu de vomissements et de phénomènes septicémiques.

6e *cas.* 28 ans : un enfant il y a dix ans; blennorragie il y a quatre ans. Plus tard, pertes sanguines qui cessèrent après l'ablation de deux polypes, mais les flueurs blanches persistèrent et depuis neuf mois elles ont beaucoup augmenté, en même temps qu'il est survenu des douleurs du ventre et des ménorragies. Utérus repoussé en avant par une tumeur du volume du poing qui déprime le cul-de-sac postérieur : de forme effilée à droite et en haut où elle se termine en s'évasant, elle est renflée en massue à gauche et en bas où elle semble s'implanter largement sur la face postérieure du ligament large gauche, tandis qu'elle adhère nettement aussi à l'utérus. L'ovaire droit n'est pas reconnaissable. Opération le 8 mars 1881. Extirpation de la trompe gauche énormément hypertrophiée et dilatée par de la sérosité. Guérison parfaite.

7e *cas.* 30 ans, quadripare. Deux avortements, le dernier il y a trois mois, à six semaines. Depuis lors douleurs au côté gauche du ventre et dans les reins. Au côté gauche de l'utérus, et s'en délimitant nettement, tumeur très inégale de la tumeur d'un petit poing; au côté droit postérieur de l'organe, autre tumeur, molle, en arrière de laquelle on sent l'ovaire normal. Opération le 22 mars 1881. Ce sont les deux trompes qui constituent les tumeurs. En rompant les adhérences intestinales de la trompe gauche, celle-ci se rompt et verse son contenu chocolat dans l'abdomen. Les parois des deux organes sont très hypertrophiées, aussi ne s'affaissent-elles point après évacuation de l'épanchement. Convalescence sans incidents et guérison se maintenant six mois plus tard.

8e *cas*. Femme de 26 ans; règles toujours profuses. Gonorrhée il y a deux ans. Avortement à quatre mois, il y a trois mois. Depuis lors, douleurs obtuses dans le ventre et les reins. Hypogastre sensible à la pression.

En arrière de l'utérus, vestiges de pelvipéritonite. A droite, les annexes constituent une masse arrondie du volume d'un œuf d'oie d'où part une sorte de boudin qui se dirige en s'amincissant vers la corne utérine droite. A gauche. on sent une masse moins considérable et moins résistante qui semble s'étendre vers la corne gauche. De chaque côté les annexes utérines adhèrent au bassin.

L'examen rectal permet d'affirmer la nature tubaire de la tumeur droite.

Opération le 21 avril 1881. Résection de l'épiploon adhérent au fond de l'utérus. La trompe droite recourbée en saucisse, de la grosseur du petit doigt, forme un arc autour de l'ovaire que Martin se voit obligé d'extirper au préalable. En sectionnant la trompe, son contenu se déverse dans l'abdomen. La trompe gauche, adhérente de toute part, est laissée en place.

La femme se portait encore très bien cinq mois après.

En résumé, dans ces 8 observations, il s'agit 5 fois d'hydrosalpinx, dont 2 doubles; 2 fois de pyosalpinx unilatéral et 1 fois d'un hématosalpinx double. Aucune des femmes n'a offert de symptômes caractéristiques. L'étiologie était également obscure, à part une vaginite blennorragique mal soignée chez 4.

XV. — Dans les trois dernières années, il a été fait à l'hôpital municipal de Schaffouse 7 laparotomies, dont 6 suivies de guérison, 3 fois il s'agissait de kystes ovariques; c'est l'une de ces opérations qui a fourni l'unique décès; 1 fois d'ovarite chronique avec dysménorrhée; 1 fois d'un cancer du côlon descendant et de la paroi abdominale (résection de 8 centimètres d'intestin et anus artificiel); l'opérée a succombé quatre mois plus tard à une récidive; 1 fois d'un fibrome utérin; enfin 1 fois d'une tuberculose des trompes de Fallope.

Fille de 28 ans; depuis qu'elle est menstruée, douleurs fréquentes dans les reins et la hanche gauche.

En 1879, à la suite d'un refroidissement, douleurs dans le bas-ventre et pendant la miction, puis diarrhée, vomissements, urines sanguinolentes et purulentes. Depuis cette époque, paroxysmes douloureux concordant avec les règles. En octobre 1880, vomissements, céphalalgie, inappétence sans fièvre, besoins fréquents de miction; sédiment urinaire mucopurulent mêlé de petits fragments caséeux; un peu d'albuminurie; région rénale gauche, sensible à la pression. Malgré divers traitements, ces symptômes ne font qu'augmenter et il s'y joint de la fièvre vespérale et des frissons.

Le 18 mars 1881, extirpation du rein gauche par incision lombaire. Chemin faisant, ligature de la douzième intercostale et résection sous-périostée de 3 centimètres de la douzième côte. Le rein extirpé, avec beaucoup de peine, avait plus du double de son volume normal et de nombreuses bosselures à surface; il contenait une grande quantité de pus séreux. Bassin peu dilaté, mais regorgeant de pus sans aucun calcul. Uretère ayant le calibre du petit doigt.

Six semaines plus tard, apparition de coliques néphrétiques du côté opposé; attaques d'urticaire récidivante et généralisée. Retour du pus et de l'albumine dans l'urine et accidents vésicaux hystériques.

Dans l'automne 1882, bronchite traînante. Néanmoins en février 1883, les organes thoraciques paraissent sains. Au niveau de la cicatrice de la néphrotomie, on sentait glisser sous les doigts, puis reparaître des corps durs gros comme des noix. Urines normales de quantité et de composition. La malade a toujours des crises d'anurie coïncidant avec les redoublements de coliques

rénales au moment des règles. A ces époques, il existe une douleur térébrante au niveau du sein droit. Par le toucher on sentait des cordons durs à côté des ovaires.

Le 5 mai 1883. Castration antiseptique. La trompe droite adhérente à l'ovaire par son extrémité abdominale forme un chapelet de la grosseur du doigt. Brides cicatricielles et dépôts fibrineux à la surface de l'ovaire. Les pédicules correspondant aux trois faisceaux de ligature des ligaments larges furent cautérisés avant d'être réduits. La trompe gauche, de la grosseur du pouce, offrait de nombreuses dilatations kystiques séparées par des étranglements annulaires. Son extrémité utérine qui atteignait les dimensions d'une noix se rompit et donna issue à une bouillie argileuse d'un jaune ocré. Ovaire adhérent. Réunion par première intention.

Malgré la castration, les règles persistèrent et avec elles les paroxysmes douloureux. Cependant la malade a repris de l'embonpoint et n'a plus de douleurs térébrantes. Malheureusement le pronostic doit être d'autant plus réservé que pour les trompes, comme pour le rein, il s'agit de tuberculose.

XVI. — Moericke a enlevé par laparotomie une tumeur solide du mésentère de l'iléon. Pour cela il fut nécessaire de décoller l'intestin de sa séreuse sur une longueur de 30 centimètres. Le péritoine fut resuturé autant que possible.

A la suite de l'opération, le pouls a eu une grande fréquence, mais la température est restée basse et la santé générale parfaite.

On sait que Madelung proscrit le décollement de l'intestin par crainte de gangrène consécutive et qu'il le remplace par la résection. Mais le fait de Moericke montre que l'intestin isolé de sa séreuse ne se mortifie pas toujours.

XVII. — Femme de 31 ans, deux accouchements antérieurs. Vers le milieu de février 1883, terme normal d'une nouvelle grossesse. Le quatrième jour du travail, cessation des mouvements fœtaux perçus par le médecin. Température de 40,5.

Ventre très volumineux et douloureux. Orifice externe du col perméable seulement pour un doigt. Utérus vide à l'hystéromètre. Vomissements continus.

Durant plusieurs semaines, faiblesse extrême; œdème des jambes et des parois abdominales; albuminurie intense.

Puis amélioration lente, de sorte qu'en mai, le transport à l'hôpital devient possible.

Anémie extrême : ni albuminurie ni anasarque. Au-dessus et à gauche de l'ombilic, tumeur arrondie, dure, qui se continue au delà de la ligne médiane, en décrivant un arc concave en haut et se termine en s'amincissant à droite, tout près de l'ombilic. Utérus vide et de volume normal.

Laparotomie le 7 mai. Dès qu'on a incisé le péritoine, très épaissi, odeur extrêmement fétide. Le fœtus complètement macéré et putréfié est retiré par fragments, d'abord du tronc, puis des membres; enfin du crâne dont les os gisent sur le plancher du bassin, complètement séparés de leurs connexions. Le fœtus occupe une cavité doublée de bourgeons charnus; au fond de cette cavité se trouve un pont de tissu calleux qu'on prend pour les restes du placenta et sous lequel on fait passer un drain qu'on ramène par dessus pour le lier. Lavages de la cavité avec du sublimé au millième.

Plaie remplie de gaze au bismuth et suturée à sa partie inférieure.

Le lendemain, le pansement est traversé par des matières jaunâtres à odeur intestinale. On reconnaît alors que le pont de tissu pris pour du placenta est en fait la paroi antérieure d'une anse intestinale perforée en deux points qui ont servi d'ouvertures d'entrée et de sortie pour le drain. Ces fistules qui correspondent à une portion élevée de l'intestin grêle ont un

diamètre de 1 centimètre 1/2. Enlèvement immédiat du drain. Tamponnement de la plaie au bismuth. Dès lors apyrexie malgré un eczéma intense des cuisses et des fesses provoqué par l'écoulement continu des matières.

Guérison parfaite. J. B.

I. — **Ueber Totalexstirpation des Uterus nach zehn eigenen Fällen. Beitrag zur Kritik der ventralen und vaginalen Operationsmethode, par R. OLSHAUSEN** (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 35, p. 49, et n° 36, p. 519, 29 août et 5 septembre* 1881).

II. — **Zwei Uterusexstirpationen, par H. BIRCHER** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 18, p. 593, 15 septembre* 1881).

III. — **L'excision totale de la matrice et la question du drainage abdominal, par Th. KOCHER** (*Revue médicale de la Suisse romande, I, 653, novembre* 1881).

IV. — **Uterus wegen inneren Cervixcarcinoms exstirpirt, par SCHRŒDER** (*Berlin. klin. Woch., n° 11, p. 174, 18 mars* 1882).

V. — **Ueber einige Fälle von Carcinoma Corporis uteri, par VEIT et Discussion** (*Idem, n° 32, p. 493, 6 août* 1883).

VI. — **Deux extirpations complètes d'un utérus cancéreux par le vagin, par SCHRŒDER** (*Idem, n° 6, p. 86, 7 février* 1881).

VII. — **Uterus nach Schrœder's Manier exstirpirt, par MARTIN** (*Idem, n° 11, p. 158, 14 mars* 1881).

VIII. — **Hystérotomie vaginale pour cancer, par A. MARTIN** (*Idem, n° 26, p. 376, 27 juin* 1881).

IX. — **Ueber vaginale totale Uterusexstirpation, par Eugen HAHN** (*Idem, n° 24, p. 361, 12 juin* 1882).

X. — **Beitraege zur vaginalen Uterusexstirpation, par CZERNY** (*Idem, n° 46, p. 693, et n° 47, p. 711, 13 et 20 novembre* 1882).

XI. — **Colpohystérotomie. Drainage abdominal. Guérison, par DUPONT** (*Revue médic. Suisse romande, II, 531, octobre* 1882).

XII. — **Hystéro-ovariotomie vaginale pour cancer, par MARTIN** (*Berlin. kl. Woch., n° 15, p. 230, 9 avril* 1883).

XIII. — **Fall von vaginaler Totalexstirpation des carcinomatœsen Uterus. Wegnahme eines Stückes des erkrankten Ureter. Nachfolgende Exstirpation der entsprechenden Niere. Heilung** (**Extirpation totale d'un utérus cancéreux par le vagin avec résection d'un fragment d'uretère malade et extirpation consécutive du rein correspondant. Guérison**) **par STARCK** (*Idem, n. 12, p. 185, 20 mars* 1882).

XIV. — **Eine durch höhe Excision wegen leicht blutendem Ulcus entfernte Vaginal-portion, par ODEBRECHT** (*Idem, n° 15, p. 214, 11 avril* 1881).

XV. — **Ueber Vernachung des inoperabelen Uteruscarcinoms, par von RABENAU et Discussion** (*Idem, n° 40, p. 620, 1er octobre* 1881).

I. — L'hystérotomie par laparotomie ou opération de Freund expose aux dangers suivants :

1° Le choc nerveux (longue durée de l'opération, perte de sang, exposition des intestins à l'air).

2° Les hémorragies artérielles graves dues à la section de la portion inférieure des ligaments larges.

3° La péritonite septique.

4° La lésion de la ligature des organes voisins. La chose est arrivée pour l'uretère à Billroth, Massari, Bardenheuer (2 fois), Czerny, Olshausen, Spiegelber; et pour la vessie à Reuss, Spiegelberg, Bardenheuer et Ahlfeld. Il est évident qu'un accident analogue a pu arriver bien d'autres fois, car on ne fait pas toutes les autopsies et dans celles qu'on fait on n'examine guère l'état des uretères.

5° L'impossibilité d'achever l'opération (4 fois dont 1 à Freund lui-même).

— Kleinwaechtez (*Wiener medic. Presse*, 1881, n°s 3 et 4) a réuni 94 hystérotomies d'après Freund sur lesquelles il y a eu 24 guérisons. La statistique de Kaltenback (Müller *in Deutsche med. Wochenschrift*, 1881, n° 11) est plus favorable, 30 guérisons sur 88 opérations.

Quant à Olshausen, il a pratiqué 4 fois l'opération de Freund pour cancer du col. Il ne s'est écarté des préceptes donnés (*R. S. M.*, XIV, 183) qu'en faisant de chaque côté 2 ligatures en masse au lieu de 3; trois fois il a suturé le péritoine et la dernière fois seulement il a drainé le cul-de-sac de Douglas par le vagin. Dans ses 3 premières opérations, il a eu des hémorragies considérables tenant à des défectuosités de la ligature en masse inférieure, 3 des opérés ont succombé au choc. La première seule a survécu mais 5 mois après l'hystérotomie, commençait la récidive qui entraîna la mort de cette femme, 16 mois après l'opération.

L'hystérotomie vaginale donne des résultats bien meilleurs. Les 6 opérées d'Olshausen ont toutes guéri. En y réunissant 35 autres opérations dues à Martin (11 dont 3 restées inachevées pour adhérence totale de la paroi utérine postérieure), à Billroth (7), à Baum (4), à Lane, Czerny, Kaltenbach, Bompiani et Bardenheuer (1 chacun) on arrive à un total de 41 hystérotomies vaginales avec 29 guérisons. Toutefois 3 d'entre elles au moins ont été pratiquées pour des affections non cancéreuses : ainsi 2 par Martin pour des hémorragies dues à une affection de la muqueuse et celle de Kaltenbach pour un prolapsus.

Olshausen conclut que la laparohystérotomie doit être réservée pour les cas exceptionnels de cancer compliqué de fibromes de corps utérin ou d'étroitesse extrême du vagin.

II. — Bircher relate deux hystérolaparotomies, dont l'une partielle.

1er cas. Sarcome utérin. Extirpation totale de l'utérus et des ovaires en voie de dégénération kystique. Guérison.

2° cas. Fibrome de l'ovaire droit ayant les dimensions d'une tête d'enfant; avec vaisseaux variqueux de la grosseur du doigt; double kyste de ligament large gros comme les poings; fibrome sous-péritonéal, du volume d'une noix à la face postérieure de l'utérus.

Bircher laissa la portion cervicale de l'utérus, à cause de la débilitation de l'opérée. Drainage par le cul-de-sac postérieur. Morte le 5e jour par péritonite. La plaie abdominale était réunie par première intention. La péritonite était partie du cul-de-sac de Douglas où se trouvait un foyer purulent dont le drain placé au-dessus n'avait pu procurer l'écoulement.

III. — Kocher rapporte deux cas heureux d'hystérotomie totale pour cancer, l'une faite par laparotomie, l'autre par colpotomie; la première avec drainage de cul-de-sac de Douglas, suivant le précepte de Bar-

denheuer. Dans la seconde Kocher s'est contenté de tenir la plaie de ce cul-de-sac largement ouverte, au moyen de tampons antiseptiques et de pratiquer des irrigations désinfectantes.

1er cas. Femme de 46 ans ; opérée déjà par Kocher d'un cancer de sein 3 ans auparavant. La mère a succombé à un cancer du foie et 3 frères sont morts de cancer de l'estomac. En décembre 1880 Kocher excise la portion vaginale ; moins de 3 mois plus tard, récidive par laquelle il fait l'extirpation totale de l'utérus le 4 avril 1881. L'opération dura 4 heures.

Mais en août suivant, la récidive se rencontre encore et la femme meurt de péritonite cancéreuse le 1er septembre.

2e cas. Femme de 37 ans ; 8 enfants ; père mort d'un cancer de l'estomac. Extirpation vaginale le 21 septembre 1881.

IV. — Pour un cancer de la cavité du col, Schroeder a fait l'opération de Freund avec la modification de Rydygier (*R. S. M.*, XXII, 245). L'opérée a succombé au collapsus au bout de 30 heures.

V. — Veit a pratiqué, avec constant succès, 3 extirpations totales de l'utérus pour cancer du corps, l'une par laparatomie, les 2 autres par la voie vaginale ; l'une des femmes était vierge, les 2 autres multipares ; elles étaient dans la cinquantaine. Chez la première opérée, il n'y a pas de récidive depuis 18 mois. Veit insiste sur la valeur diagnostique de raclage de la muqueuse avec examen microscopique.

Le pronostic du cancer du corps lui paraît plus favorable que celui du col d'une part, parce que les femmes effrayées par des hémorragies survenant dans la ménopause, consultent plus tôt le médecin et d'autre part parce qu'en cas d'opération, la plaie ne se trouve pas en contact avec des surfaces putrides.

Dans la discussion, Bunge estime que Veit préconise trop exclusivement le grattage comme moyen diagnostique ; la dilatation du col et le toucher de la cavité utérine fournissent des indications très inutiles.

Au contraire Schroeder propose le raclage comme plus simple et exposant moins à une infection que la dilatation.

Loehlein confirme de son expérience toutes les observations de Veit et ajoute que le traitement simplement palliatif (raclage) de cancer de corps donne aussi de meilleurs résultats que pour celui du col.

Martin ne croit pas non plus qu'on ne puisse se passer de dilater le col. Mais au lieu de la cuiller tranchante, il emploie pour le grattage une curette mousse ; comme Veit il est partisan du drainage, après l'hystérotomie.

VI. — Schroeder rapporte deux cas d'hystérotomie vaginale pour cancer, suivis de guérison, l'un sans fièvre aucune, l'autre avec fièvre insignifiante. Voici comment il a procédé.

Après avoir ouvert le cul-de-sac de Douglas, il abaisse fortement l'utérus au moyen des doigts qu'il glisse au-dessus de lui. Ensuite il détache la paroi utérine antérieure et coupe les annexes au voisinage de l'utérus après les avoir liées loin de lui. De chaque côté, il applique d'abord sur le tout une ligature en masse puis il lie en 2 faisceaux distincts. Les moignons liés sont pris dans les sutures du cul-de-sac vaginal et Schroeder ne laisse d'autre ouverture que celle nécessaire pour passer un drain.

VII. — Martin relate également 2 observations d'hystérotomies vaginales ou opérations de Schroeder.

Dans le premier cas l'abaissement de la tumeur fut difficile à cause de la

friabilité des tissus dégénérés, mais l'opérée a guéri. Dans le second l'abaissement de l'utérus fut rendu laborieux par la soudure du fond de l'organe à la paroi postérieure de la symphyse. L'opérée a succombé.

VIII. — Femme de 36 ans. Cancer du col. En arrière de l'utérus on sentait avant l'opération une nodosité de la grosseur d'une prune. L'utérus une fois extirpé par le vagin, on reconnut que la nodosité était formée par la portion périphérique de la trompe, qui était remplie d'une matière caséeuse dure et soudée à la paroi postérieure de la cavité de Douglas. Martin eut quelque peine à attirer la trompe qu'il enleva après ligature, — Guérison sans incident.

IX. — Hahn a pratiqué 7 fois l'extirpation de l'utérus par le vagin, 5 fois pour cancer avec un décès indépendant de l'opération et 2 fois pour prolapsus gangréné ou irréductible.

1er cas. 65 ans. Prolapsus utérin total depuis 18 ans, qui vient de se gangréner. Le 20 juin 1877 hystérotomie vaginale avec suture. La fièvre et les frissons persistants cessent, guérison.

2e cas. 39 ans. Prolapsus total avec rectocèle et cystocèle, qu'aucun pessaire ne peut retenir.

Hystérotomie vaginale le 28 juillet 1880. Suture et drainage du péritoine. Dès le soir une anse intestinale fait hernie à côté du drain. Mort au milieu de phénomènes de péritonite 60 heures après l'opération.

3e cas. 41 ans. Cancer limité au museau de tanche qui a triplé de volume. Vagin libre, utérus mobile.

Hahn fait d'abord l'amputation susvaginale, puis le 15 septembre 1881 l'extirpation totale. Pas de suture. Pansement à l'iodoforme. Pas de récidive jusqu'ici.

4e cas. 54 ans. La plus grande partie du col est envahie ainsi que les culs-de-sac par le cancer utérin difficilement mobile. Induration du volume d'un œuf de poule dans le ligament large gauche. Opération le 15 septembre 1881. Le ligament large contenait un abcès. Pansement iodooformé sans drainage. Évolution apyrétique, mais mort le 23 par exacerbation de la bronchite préexistante. A l'autopsie bronches pleines de muco-pus ; péritonite localisée en voie de régression.

5e cas. 25 ans. Cancer limité au col sans envahissement du vagin. Opération le 24 janvier 1882 sans suture péritonéale. Guérison.

6e cas. 28 ans. Immédiatement en arrière de la vulve, apparaît une tumeur d'une tête d'enfant, bosselée, exulcérée, saignant facilement et ayant envahi les culs-de-sac antérieur et postérieur. Utérus difficilement mobile. Opération le 21 février 1882 : puis large ouverture de cul-de-sac postérieur et extirpation totale de l'utérus. Pas de suture. Guérison.

7e cas. 37 ans. Le museau de tanche est occupé par une tumeur anfractueuse molle s'étendant dans le cul-de-sac postérieur : Utérus difficile à mouvoir. Extirpation le 5 mai 1882. Ni suture ni drainage; pansement iodoformé. Guérison.

X. — Czerny a le premier montré (*Wiener med. Woch*, 1879, nos 46 à 49), combien la colpo-hystérotomie était supérieure à la laparohystérotomie. Sa première opération pour cancer date du 12 août 1878, puis viennent celles de Billroth (14 décembre 1879) et de Schroeder (17 mai 1880).

On connait à ce jour 81 opérations avec 26 morts. Mais cette mortalité de 32 pour cent devrait être un peu augmentée si l'on n'envisageait que les hystérotomies cancéreuses.

Sur les 9 opérations d'hystérotomie vaginale Czerny a perdu 3 femmes, toutes par septicémie.

Quant aux résultats définitifs, ils ne sont guère meilleurs que pour les autres méthodes d'extirpation utérine ; dans la grande majorité des cas, la guérison n'est que temporaire.

Czerny a également fait une laparohystérotomie susvaginale partielle (hystérotomie de Péan) le 20 février 1881 chez une femme de 53 ans, nullipare, dont le cancer était limité au corps de l'utérus et le vagin étroit. L'opérée succomba le 25 à une péritonite septique ; à l'autopsie le moignon du col, mortifié, plongeait dans une cavité sanieuse, située entre le fond du vagin et le péritoine suturé.

De 1877 à juillet 1882, 70 cancers utérins ont été admis à la clinique d'Heidelberg ; 10 ont été l'objet d'opérations ; 3 d'hystérolaparotomie qui ont toutes succombé ; 8 d'hystérocolpotomie dont 3 sont mortes. 7 d'amputation susvaginale du col ou opération de Schroeder, qui ont toutes guéri ; 1 opérée suivant la méthode de Péan, qui est morte. Soit un total de 7 morts pour les diverses méthodes radicales. Des 19 femmes survivantes 6 n'ont pas encore de récidives.

Chez les 51 autres malades l'affection cancéreuse était trop avancée pour recourir à autre chose qu'à un traitement palliatif : raclage, cautérisations avec le fer rouge, le thermo-cautère, le perchlorure de fer, le chlorure de zinc, l'alcool bromé, l'acide chromique, la teinture d'iode, l''iodoforme. Mais le succès de ces diverses médications a encore été moins durable, car il n'a pas dépassé 2 mois et de plus 3 ou 4 des femmes ont succombé à des phlegmons pelviens ou des péritonites occasionnés par le traitement.

Czerny pose de la façon suivante les indications respectives des diverses opérations proposées contre le cancer utérin.

La colpohystérotomie est indiquée pour le cancer du canal cervical aussi longtemps que l'utérus est mobile et peu volumineux et quand le détroit supérieur est suffisamment large. On peut d'ailleurs se faciliter l'accès du vagin en fendant le périnée sur la ligne médiane.

L'amputation susvaginale du col ou opération de Schroeder trouve son emploi dans les cancers papillomateux et ulcérés de la portion vaginale, tant que le néoplasme n'a pas encore atteint l'orifice interne. L'envahissement des culs-de-sac n'est pas une contre-indication pourvu qu'on puisse amener l'utérus dans l'axe pelvien.

L'opération de Freund doit être tentée dans les cas où l'utérus est peu mobile ou très volumineux, et dans les cas de bassin rétréci, dès qu'on a l'espoir d'enlever tous les tissus malades.

Lorsque les ligaments larges sont infiltrés, lorsque les ganglions sains et lombaires sont tuméfiés ou qu'il existe des nodosités dans les ligaments sous-utérins, on doit s'abstenir de toute opération radicale.

XI. — Dupont relate le fait suivant d'extirpation vaginale d'un utérus cancéreux à l'appui du drainage abdominal qu'il juge indispensable.

Femme de 40 ans, 12 enfants. Cancer de la lèvre postérieure du col ; intégrité des culs-de-sac. Opération le 18 juillet 1882. Dupont saisit la lèvre antérieure du col avec une pince de Muzeux pour attirer l'utérus, mais celui-ci résiste, il est obligé d'inciser le cul-de-sac supérieur et d'introduire un doigt pour appuyer sur le fond de l'utérus et amener la tumeur en dehors des grandes lèvres. Pour séparer l'utérus de ses attaches avec le vagin, il prolonge l'incision du cul-de-sac supérieur jusqu'à l'insertion des ligaments larges qu'il lie en 3 portions avec de la soie antiseptique cuite. Une seconde

incision faite sur le cul-de-sac postérieur achève de séparer complètement l'utérus. Les ovaires sont laissés. Les moignons des ligaments larges sont maintenus dans la cavité vaginale. Au-dessous des 2 drains, tampons de coton phéniqué. L'opération a duré 5 quarts d'heure. Collapsus. Le traitement consécutif s'est borné à des irrigations salicyliquées.

Le 21, ablation du premier drain. Le 24, la cavité abdominale est déjà séparée du vagin par une sorte de diaphragme. Les derniers fils de ligature des moignons tombent le 26. Enlèvement du second drain le 27. Le 8 août, 21 jours après l'opération, la femme se lève pour la première fois.

Dupont insiste sur l'importance d'attirer les moignons liés au dehors pour éviter la rétention du pus entre la paroi vaginale postérieure et le rectum, qui se produirait infailliblement, si on les laissait derrière la muqueuse vaginale.

XII. — Dans ce cas de Martin, le cancer de la cavité cervicale avait envahi le cul-de-sac antérieur sur une hauteur de 1 centimètre 1/2. Au-dessous de l'utérus rétrofléchi, se trouvait une tumeur de la grosseur d'une pomme formée par l'ovaire dégénéré malignement.

Après l'hystéro-ovariotomie, accompagnée de drainage sans injections, la température n'a jamais dépassé 37°,5.

XIII. — Femme de 42 ans ; 7 accouchements normaux. Toujours bien portante jusqu'il y a 1 an, où survinrent des hémorragies, des douleurs de ventre et un écoulement vaginal, muqueux et fétide. Débilitation et anémie profondes. Depuis quelques mois quelques douleurs au niveau du rein droit avec irradiations vers la hanche correspondante. Le col est presque entièrement détruit et le vagin envahi dans son voisinage. Corps utérin normal. Rien d'appréciable du côté du rein droit.

Hystérocolpotomie le 2 août 1881. Dans l'impossibilité de dégager l'uretère droit des masses cancéreuses, Starck en réséqua 2 centimètres. Aucun orifice visible sur la tumeur supérieure, malgré une nouvelle résection. La tumeur de 3 centimètres, reste adhérente à la vessie, donne issue à un liquide filant, clair. La faiblesse extrême de l'opérée s'opposant à l'extirpation immédiate du rein, Starck plaça une ligature autour du bout supérieur d'uretère. Pas de suture péritonéale : 1 drain.

Le 5, apparition de fièvre pour la première fois, augmentation des douleurs du rein, vomissements, agitation, odeur ammoniacale de l'urine qui sort par le vagin. A la suite de lavages salicyliqués du cul-de-sac de Douglas, la température revient apyrétique dès le lendemain.

Le 8, c'est-à-dire 6 jours après l'hystérotomie, extirpation du rein droit par la méthode de Simon. Guérison par première intention. Le rein offrait de l'hydronéphrose avec inflammation interstitielle. L'uretère était oblitéré sur une longueur de 2 centimètres par l'épitheliome.

Pas de récidive 2 mois après l'opération.

XIV. — Odebrech relate un cas d'ablation de la portion vaginale du col. Le cul-de-sac de Douglas ayant été ouvert, on put observer très nettement l'entrée et la sortie de l'air dans la cavité péritonéale pendant les mouvements respiratoires et il s'écoula du sang dedans. — Suture du péritoine. Guérison après une pelvipéritonite.

XV.—Martin ayant vu 2 hémorragies déterminées par la pâte de Canquoin qu'il employait comme caustique après le curage de l'utérus, a renoncé aux cautérisations et pratique maintenant la suture des cancers inopérables. Sur 12 femmes traitées de cette façon, 4 n'avaient pas de récidive quelques mois plus tard ; 2 ont eu des récidives au bout de 6 ou de 8 semaines ; 2 se sont soustraites à l'observation, enfin chez 2 autres

le résultat est encore indécis. — Chez presque toutes la réunion s'est effectuée par première intention. Les deux dernières femmes ont succombé le 3e et le 11e jour à un asthme et à un collapsus dû à un cœur graisseux.

Von Rabenau revendique, comme avantages de la nouvelle méthode de Martin : la garantie contre les hémorragies secondaires et la cicatrisation plus rapide.

Quand la suture du cancer n'est pas praticable, il n'y a plus aucune opération à tenter.

Dans la discussion, *Schroeder* et *Gusserow* soutiennent que l'emploi du fer rouge après le curage n'est pas aussi dangereux que le professe Martin. Celui-ci explique qu'il a observé des hémorrhagies colossales à la suite de son application.

Gusserow en revanche prescrit les caustiques chimiques.

Quand on brûle suffisamment avec le cautère actuel, on obtient une cicatrice suffisamment rétractile et une amélioration qui peut durer plusieurs mois. Ainsi, une opérée de Schroeder a augmenté de 40 livres depuis 12 mois.

D'ailleurs l'effet des deux méthodes est d'empêcher que le cancer ne s'élève extérieurement et ne suppure, ce qui explique leurs résultats tant sur le physique que sur le moral des malades. J. B.

Zur Technick der Kolpohysterotomie, par Heinrich FRITSCH (*Centralblatt für Gynækologie, n° 37, 1883*).

L'auteur propose d'introduire les modifications suivantes dans la technique opératoire de l'hystérotomie vaginale.

1° Commencer la dissection par les parties latérales de l'utérus. Cette dissection doit être faite avec le bistouri, et non avec le doigt.

2° Après avoir isolé les deux faces latérales de l'organe, on réunit en avant et en arrière les deux incisions pratiquées sur la portion vaginale, et l'on applique sur la plaie circulaire ainsi formée *une ligature élastique très serrée*.

3° L'auteur renverse l'utérus en avant. Le renversement en avant est plus facile que le renversement en arrière, par suite de la disposition anatomique des ligaments larges.

Comme pansement, l'auteur ne fait aucune irrigation, et se contente de saupoudrer la plaie d'iodoforme après une hémostase rigoureuse. Il abandonne dans le vagin un tampon de gaze iodoformée, et lorsque l'opérée n'a pas de fièvre, ce tampon n'est pas enlevé avant le 8e jour.

H. DE BRINON.

Weitere Beiträge zur Lehre von den primären desmoïden Geschwülsten der Gebärmutterbänder, besonders der Ligamenta rotunda (Contribution à l'étude des tumeurs desmoïdes, des ligaments de l'utérus, et en particulier des ligaments ronds), par SÄNGER (*Archiv für Gynækologie, Bd XXI, H. 2, 1883*).

Dans un précédent travail, l'auteur avait déjà pu réunir 5 observations de tumeur desmoïdes des ligaments larges. 6 nouveaux faits ont été publiés depuis, 1 seul a été opéré avec succès (Rydygier) : 4 fois, la

mort a suivi de près l'opération, 1 fois par hémorragie, 3 fois par péritonite. La terminaison d'un 5e cas (Schrœder) n'est pas indiquée.

Les observations de tumeurs desmoïdes, des ligaments larges, sont aujourd'hui au nombre de 12 : 5 seulement étaient connues, lors de la publication du mémoire de Duplay (*R. S. M.*, XXI, p. 623). Le 12e cas a été recueilli par l'auteur, qui en donne la relation détaillée.

Il s'agit d'une femme de 22 ans, portant depuis 5 ans dans la région inguinale droite une tumeur ferme à développement lent, traitée comme une hernie par le médecin de la malade. Dans les derniers temps, cette tumeur avait pris un développement rapide, et la malade avait notablement maigri. Au moment où la malade est présentée à S., la tumeur est ferme, immobile, du volume d'une tête d'enfant, elle dépasse l'ombilic et se prolonge en s'effilant jusqu'au pli inguinal. Une ponction exploratrice est pratiquée avec la seringue de Pravaz, donne un liquide jaune, analogue à l'urine. Diagnostic : cystofibrome du ligament rond. L'opération révèle la nature maligne de la tumeur qui adhère au péritoine par une large surface. Une partie seulement de la tumeur est enlevée. Mort le lendemain de l'opération.

Au point de vue du siège, l'auteur divise les tumeurs desmoïdes du ligament rond en :

1° Intrapéritonéales ; tumeurs se développant sur le trajet du ligament rond de l'utérus à l'orifice interne du canal inguinal : il y en a 3 cas (Winckel, Duncan, Kleinwächter) ;

2° Intracanaliculaires ; tumeurs se développant dans le canal inguinal lui-même : aucun fait connu ;

3° Extrapéritonéales ; tumeurs situées en dehors du canal inguinal, dans la paroi abdominale, dans le tissu cellulaire du bassin, dans les grandes lèvres. Les 4 cas de Spencer Wells, Duplay, Paletta et Hofmokl concernent des tumeurs des grandes lèvres. Le cas de Leopold est le seul exemple de développement en arrière, le long du fascia abdominal. Dans le cas de l'auteur, le développement avait eu lieu en tous sens, même à l'intérieur du canal à l'exclusion de la grande lèvre. Ces deux cas seulement présentaient une large insertion et étaient non pédiculés. Dans les autres cas, le pédicule avait pu être reconnu avant ou pendant l'opération.

La 4e catégorie comprend des tumeurs développées sur un point plus ou moins éloigné de la cavité abdominale, mais en relation supposée avec le ligament rond.

Par leur structure, ces tumeurs, aussi bien celles des ligaments larges que celles des ligaments ronds, se rattachent le plus souvent à la classe des fibromes, des myomes ou des fibromyomes. Dans le cas de l'auteur, il s'agissait d'un fibromyosarcome.

L'étiologie est très obscure. Il paraît établi que les traumatismes, la pression permanente d'un bandage, peuvent activer le développement de la tumeur. Il ne paraît pas y avoir de prédilection pour un âge déterminé ; aucune des malades n'avait moins de 20 ans. La marche est en général chronique.

Les symptômes dans la forme intrapéritonéale se confondent avec ceux des tumeurs utérines ou ovariennes. Dans la forme extrapéritonéale, le siège de la tumeur vers l'insertion du ligament rond, sa direction dans le sens du canal inguinal, devront éveiller la pensée d'une tumeur du ligament rond ; mais elle pourra être d'autant mieux confondue avec

une hernie graisseuse ou épiploïque qu'elle peut être mobile dans la direction du canal ; toutefois elle ne présente pas d'impulsion par la toux ou par l'effort. Tant que la tumeur ne dépasse pas le volume d'une noix, elle peut aussi être confondue avec une hernie de l'ovaire. Les tumeurs du ligament rond ne sont pas fluctuantes ; elles ne sont pas douloureuses à la palpation ou à la pression. Lorsqu'elles acquièrent un certain développement, elles peuvent provoquer les mêmes phénomènes de compression que les tumeurs de l'utérus ou des ovaires.

Le diagnostic des tumeurs desmoïdes du ligament rond présente les plus grandes difficultés lorsqu'elles sont intrapéritonéales. Lorsqu'elles sont extrapéritonéales, le diagnostic est plus facile, bien que le nombre des tumeurs avec lesquelles elles peuvent être confondues soit très considérable. L'auteur en a dressé un tableau. La ponction exploratrice, au moins avec la seringue de Pravaz, peut induire en erreur, comme on l'a vu dans le cas de l'auteur. La nature histologique de la tumeur pourra être plus ou moins facilement déterminée pendant la vie, suivant la rapidité du développement, la consistance de la tumeur, le retentissement sur l'économie.

Le pronostic varie suivant la structure de la tumeur. Il faut opérer le plus tôt possible ; le plus souvent l'opération devra se faire par laparotomie avec drainage vaginal dans certains cas.

Sur les 12 cas connus, il y a eu 7 guérisons, 3 morts et 2 résultats inconnus. H. DE BRINON.

A different method of treating a case of freshly ruptured perineum, par J.-H. CARSTENS (*American journal of obstetrics, mars* 1884).

Le gonflement constituant le principal obstacle à la réunion du périnée, Carstens avait pensé qu'en attendant 24 ou 36 heures pour faire les sutures périnéales, c'est-à-dire en opérant après la diminution du gonflement, on obtiendrait de meilleurs résultats. Cette attente nécessitait une nouvelle intervention après l'accouchement, d'habitude mal supportée par la femme, aussi Carstens préfère-t-il procéder de la façon suivante :

Sur des sutures métalliques ordinaires il place une série de cinq à six petites balles percées, la dernière est serrée entre le mors d'une pince, et fixe la suture en même temps qu'elle emprisonne les autres balles placées devant elle. La suture est laissée lâche. Le gonflement se produit, puis à mesure qu'il diminue, les fils n'étant plus assez serrés, on rapproche du périnée les balles restées libres, en fixant la dernière de celles-ci, et en enlevant par un coup de ciseaux celle qui est devenue inutile. Grâce à ce procédé on peut serrer petit à petit les différentes sutures, et on facilite la réunion des deux lèvres de la plaie. AUVARD.

Ueber den Ersatz der Sphincter Vesicœ durch Sphincter Ani (Du remplacement du sphincter vésical par le sphincter anal), par G. MAYER (*Charite-Annal. VIII Jahrg*, p. 358).

F..., 32 ans, primipare, chez qui, à la suite d'un accouchement très laborieux, s'étaient produits des délabrements considérables de la région vésico-recto-vaginale : destruction en totalité de l'urèthre et de la partie avoisinante de la vessie, large perte de substance des parois vaginales avec formation

de tissu de cicatrice, fistule rectovaginale ; d'où l'existence d'un cloaque, duquel urines et fèces s'écoulaient.

On commença par relever les forces de la malade par un traitement tonique et une médication locale antiseptique ; puis Schrœder pratiqua l'oblitération du vagin ; après avoir enlevé les petites lèvres et le clitoris, il fit une incision allant des environs de la symphise au voisinage de l'anus, puis réunit les bords de cette ouverture ovalaire par des points de suture. La cicatrisation ne se fit pas par première intention ; il resta de petites fistules ; on en aviva les bords et la fistule rectovaginale donna seule depuis issue aux matières fécales et à l'urine que la malade put retenir pendant une demi-heure. Elle se trouva dès lors dans une situation relativement satisfaisante, à la condition toutefois de faire dilater de temps en temps la fistule rectovaginale, qui tendait à s'oblitérer. L. D.-B.

I. — Ueber die Naht frischer Dammrisse (Nouveau procédé de suture pour les déchirures périnéales récentes), par J. VEIT (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 35, *p.* 510, 29 *août* 1881).

II. — Zur Anwendung versenkter Catgutnähte bei den plastischen Operationen (De l'emploi des sutures perdues au catgut dans les anaplasties), par M. HOFMEIER (*Idem*, *n°* 1, *p.* 6, 7 *janvier* 1884).

III. — Ueber die Naht der granulirenden Wundflächen (De la suture, sans avivement préalable des plaies bourgeonnantes, à la suite d'anaplasties non complètement réussies), par J. VEIT (*Idem*, *n°* 2, *p.* 19, 14 *janvier* 1884).

IV. — Ueber operative Behandlung der urethralen Incontinenz (Traitement chirurgical de l'incontinence d'urine consécutive aux opérations de fistules vésico-vaginales), par B. SCHULTZE (*Idem*, *n°* 45, *p.* 692, 6 *novembre* 1882).

I. — Dans le but de simplifier le plus possible la périnéorraphie, Veit a renoncé à l'application de sutures vaginales. Il les remplace par des sutures périnéales profondes, qui sont plus faciles à faire.

II. — Afin d'obtenir une réunion par première intention aussi complète que possible des plaies anaplastiques intéressant le vagin ou le périnée, Werth (*Centralblatt für Gynæk.*, n° 23, 1879) a proposé de remplacer les sutures profondes à la soie par des sutures perdues au catgut, qui tiraillent moins les tissus.

Il ne paraît pas, d'ailleurs, qu'aucun opérateur ait suivi le conseil de Werth.

Hofmeier, qui l'a fait, s'en loue. Sur 32 colporraphies (14 antérieures et 18 postérieures) suturées suivant ce nouveau procédé, il n'y a eu que 6 insuccès relatifs. Toutes les autres fois, la réunion a été absolument linéaire, bien que les surfaces d'avivement fussent très étendues.

En revanche, contrairement à l'attente d'Hofmeier, le succès a été moins bon dans les périnéorraphies : sur 4 opérations de ce genre, la réunion par première intention n'a été parfaite que chez une femme.

III. — Dans des colporraphies et périnéoplasties non complètement réussies du premier coup, Veit a été amené, par le hasard, à suturer, sans avivement préalable, les surfaces déjà en voie de bourgeonnement.

Les résultats ont été assez satisfaisants pour qu'il recommande ce procédé si simple avant d'en venir à une nouvelle opération d'anaplastie.

IV. — Chez une femme qui avait subi une taille pour calcul il s'était produit une fistule vésicovaginale. Celle-ci opérée, il resta de l'incontinence d'urine que Schultze réussit à guérir en excisant un vaste tronçon cunéiforme de la vessie et de l'urètre.

Bandl explique que l'existence d'un sphincter n'est pas indispensable pour que l'urine soit retenue. Selon lui, le succès de Schultze tient à ce que l'ablation d'une grande portion de la vessie et de la partie supérieure de l'urètre a fait disparaître la disproportion de calibre qui existait entre le canal vésical supérieur très large, et le canal urétral, étroit, placé plus bas. J. B.

Episiokleisis mit Anlegung einer Rectovaginalfistel (Oblitération de la vulve et création d'une fistule recto-vaginale), par R. KALTENBACH *Centralblatt für Gynækologie*, n° 48, 1883).

L'auteur a pratiqué cette opération chez une malade âgée de 25 ans, qui avait déjà subi six tentatives inutiles d'urétrorraphie.

L'opération a très bien réussi. Les évacuations d'urine n'ont lieu qu'à des intervalles de trois à quatre heures. Le besoin se manifeste presque subitement et doit être satisfait immédiatement. Les selles ont lieu une fois par jour. L'urine n'entraîne habituellement que peu ou pas de masses fécales. Les évacuations de gaz ne se produisent qu'avec des évacuations d'urine. L'opérée n'a pas été incommodée jusqu'à présent par des gaz humides. La fistule rectovaginale artificielle a de la tendance à se rétrécir ; cependant elle permet encore, trois mois après, l'introduction du petit doigt. L'auteur n'a pas constaté la présence de matières fécales dans le vagin. H. DE BRINON.

I. — Ueber die Beziehungen der Urinfisteln zu den Geschlechts functionen des Weibes (De l'influence des fistules urinaires sur les fonctions sexuelles de la femme), par T. KRONER (*Archiv für Gynækologie, B. XIX, p.* 1).

II. — Ueber die operative Behandlung der Incontinentia urinœ beim Weibe (Traitement chirurgical de l'incontinence d'urine chez la femme), par FRANCK (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 9, 1882).

III. — Ueber die in der Breslauer Frauenklinik im Studienjahre 1882-83, Operirten 22 Urinfisteln (Relation de 22 cas de fistules urinaires opérées à la clinique gynécologique de Breslau pendant l'année scolaire 1882-1883), par Hugo MENZEL (*Archiv für Gynækologie, B. XXI, Heft* 3).

IV. — Ein Fall von weiblichen Epispadie (Épispadias chez la femme), par Richard FROMMEL (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie Bd VII, p.* 2, 1882).

V. — Dilatation préalable de l'urètre dans l'opération de la fistule vésicovaginale, par VILLENEUVE (*Bulletin de la Soc. de chirurgie, p.* 208, 1883).

VI. — Expulsion spontanée d'un volumineux calcul de la vessie à travers la paroi urétro-vaginale, par MOUCHET (*Bulletin de la Soc. de chirurgie, p.* 123, 1883).

I. — 1° *Influence des fistules urinaires sur la menstruation :*

Se basant sur 60 observations recueillies pour la plupart à la clinique gynécologique de Breslau, l'auteur conclut que les troubles de la menstruation accompagnent fréquemment les fistules urinaires. Très souvent les règles font complètement défaut, ne paraissent que plus ou moins longtemps après l'accouchement, ou bien elles ne se montrent qu'à intervalles irréguliers, peu abondantes et escortées de violentes douleurs : ce n'est que dans des cas rares (14 fois sur 60) qu'elles reviennent après l'accouchement au bout du temps normal, et se continuent régulièrement tous les mois. Les troubles de la menstruation, constatés dans les observations qu'a réunies l'auteur, ne se lient d'ailleurs ni à un état antérieur, ni à l'allaitement, ni à l'âge des malades. Il ne paraît pas y avoir une influence directe des fistules sur la fonction menstruelle : mais il est plus vraisemblable de rattacher les fistules et la dysménorrée au même traumatisme obstétrical qui a déterminé des désordres profonds de la muqueuse utérine (atrophie puerpérale) et une altération des tissus péri- et paramétrique.

Cette explication ne s'étend pas à tous les cas ; car dans un certain nombre, la cessation des règles a été constatée sans qu'il y eût aucune lésion anatomique de l'utérus et de ses annexes. Dans ces cas la cessation des règles s'explique par une déviation des phénomènes congestifs que provoque vers l'utérus l'excitation ovarique : et l'opération semble avoir pour effet de rappeler ces phénomènes congestifs, car on l'a vue assez souvent suivie immédiatement, ou peu de temps après, du retour des règles, et cela bien que la fistule ne soit pas guérie. Cette considération doit faire prévoir et redouter la possibilité d'un hématomètre, lorsqu'il s'agit de fistules vésico-vaginales, compliquées d'occlusion cicatricielle de la matrice. Mais cet accident est en réalité très rare.

2° *Influence des fistules non guéries sur la conception, la grossesse et l'accouchement :*

La grossesse ne semble pas être fréquente chez les femmes atteintes de fistules urinaires ; sur 60 cas déjà cités, six femmes seulement sont devenues enceintes malgré l'existence de fistules non guéries : l'auteur a réuni 37 autres cas de grossesses coïncidant avec des fistules urinaires. De l'étude de ces 43 faits, il résulte que la plupart de ces grossesses n'arrivent pas à leur terme normal, et que, d'autre part, l'avortement ou l'accouchement prématuré ne doivent pas être mis sur le compte de la fistule. La cause de ces accidents est l'état pathologique de l'utérus et des tissus ambiants, qui tout en permettant la conception, met obstacle au développement régulier de la gestation. La grossesse exerce au contraire une influence fâcheuse sur les fistules.

L'accouchement peut être facile et spontané : mais très souvent le travail est prolongé et ne peut se terminer sans intervention. Cette aggravation résulte moins de la forme et de la dimension des fistules, que des rétrécissements cicatriciels du canal génital, du volume de l'enfant, et des dimensions du bassin. L'influence de l'accouchement et de l'état puerpéral sur les fistules est très variable.

L'existence d'une fistule ne doit pas être considéré comme une indication de pratiquer l'avortement ou l'accouchement prématuré artificiel ; car la grossesse peut atteindre son terme normal, la fistule n'est pas le

plus souvent aggravée par l'accouchement, et sa guérison ultérieure n'en devient pas plus difficile.

L'opération de la fistule pendant la grossesse n'a pas d'influence fâcheuse sur la grossesse, même pendant les premiers mois ; mais elle ne présente pas d'avantage sérieux. Les observations de Watson et de Brown montrent que l'avortement peut se produire même après la guérison de la fistule.

3° *Influence de la grossesse et de l'accouchement sur les fistules guéries :*

Une fistule bien guérie peut résister à l'action d'une grossesse : quant à l'influence des accouchements sur les récidives des fistules, elle dépend de circonstances particulières, telles que étroitesse du bassin, etc.

Lorsque l'étroitesse du bassin atteint un haut degré, l'accouchement prématuré artificiel sera le meilleur moyen d'éviter une récidive :

II. — Lorsque l'incontinence urinaire est indépendante des centres nerveux, et qu'elle est la conséquence d'un relâchement du sphincter urétral, l'auteur a réussi à faire disparaître cette infirmité en excisant un lambeau ovalaire de la paroi postérieure du canal de l'urètre. L'observation concerne une femme de 37 ans guérie d'une vésicule vésico-vaginale par le Dr Bardenheuer : l'incontinence persistait néanmoins depuis plus de 4 ans et était due à la dilatation du canal de l'urètre, qui permettait facilement l'introduction de l'index dans la vessie. Tous les moyens ayant échoués (applications froides, pessaires de Schatz, etc.) l'auteur pratique l'opération et réduit le canal de l'urètre au calibre d'une sonde de Charrière n° 9. La plaie guérit par première intention et dès le 8e jour, la malade peut garder son urine pendant 1 h. 1/2 ; elle peut aujourd'hui la garder pendant 3 heures, et l'urine ne s'échappe pas involontairement, même sous l'influence d'une augmentation de la pression intra-abdominale.

III. — 22 cas de fistules urinaires ont été traités à la clinique gynécologique de Breslau pendant l'année scolaire 1882-1883. Ces cas comprennent : 1 fistule urétro-vaginale compliquée de fistule vésico-vaginale. 15 fistules vésico-vaginales : 4 fistules utéro-vésico-vaginales, dont une profonde et 3 superficielles, une fistule utéro-vésicale, intéressant le col utérin, et 1 fistule urétéro-utérine. 20 malades ont été radicalement guéries : les deux malades chez qui le traitement a échoué étaient atteintes, l'une de fistule vésico-vaginale, l'autre de fistule urétéro-utérine. La guérison a été obtenue à l'aide d'une seule opération, 7 fois ; de 2 opérations, 7 fois ; de 3 opérations, 4 fois ; de 4 opérations, 2 fois. Dans la plupart des cas, l'occlusion directe des fistules a été obtenue ; 2 fois seulement on a eu recours à l'oblitération de la vulve. La cautérisation avec le nitrate d'argent n'a été employée qu'une seule fois et sans succès.

Au point de vue de l'étiologie, l'étude de ces 22 cas confirme l'influence bien connue de la prolongation de la durée de l'accouchement, des rétrécissements du bassin, de la pression de la tête fœtale. 2 fois seulement la lésion pouvait être attribuée à une manœuvre instrumentale.

Sur les 22 enfants, il y avait 19 garçons et 3 filles.

17 fois le bassin était rétréci, 5 fois il était normal.

L'auteur ne croit pas qu'il soit utile, comme le conseille Gustave Braun, d'opérer les fistules dès qu'elles sont reconnues ; il vaut mieux attendre que la femme soit sortie de l'état puerpéral.

La méthode préparatoire de Bozeman a été appliquée 2 fois ; elle n'a eu d'autre résultat que de provoquer des douleurs très violentes, et un mouvement fébrile intense.

Le traitement préparatoire ne doit avoir d'autre but que de faire disparaître les excoriations ; quelques bains de siège avec une solution phéniquée à 1 1/2 ou 2 0/0 suffisent. L'opération est toujours pratiquée à Breslau pendant le sommeil chloroformique et dans le décubitus dorsal. La dilatation des cicatrices vaginales est obtenue à l'aide de petites incisions et de tractions exercées avec les doigts. L'introduction de sondes dans les uretères, est considérée par l'auteur comme une manœuvre inutile. Dans presque tous les cas, on a employé pour les sutures le crin de Florence ; et dans le cas où les tissus étaient minces, membraneux, de la soie fine fortement tordue. La suture a toujours été faite d'après les préceptes de Simon. Comme pansement, après avoir nettoyé soigneusement le vagin, on saupoudre les plaies d'iodoforme et on tamponne mollement avec de la gaze iodoformée à 10 0/0. Ce tampon peut rester 4 ou 5 jours, sans causer de fièvre. Au bout de ce temps le tampon est enlevé et on pratique une injection. Dans la plupart des cas les sutures ne sont retirées qu'après la 2e semaine. Un tube à drainage est placé à demeure dans l'urètre, pénétrant jusqu'à l'orifice interne de l'urètre, dans les cas où la cavité vésicale est considérablement diminuée.

Le péritoine a été lésé 2 fois pendant l'opération, et l'uretère pincé 1 fois. Il n'y a eu ni hémorragie, ni exsudat diphtéritique. Dans tous les cas, sauf un, il y avait aménorrée.

IV. — Femme de 26 ans atteinte de prolapsus de la paroi vaginale antérieure et d'incontinence urinaire. Le prolapsus s'est produit à la suite d'un avortement de 7 mois et remonte à deux ans ; l'incontinence est congénitale : la malade n'a jamais pu garder son urine plus de dix minutes. L'urètre mesure 34 centimètres ; sa paroi antérieure fait presque entièrement défaut ; sa paroi postérieure est représentée par une saillie de la muqueuse vivement colorée. Le clitoris est partagé en deux moitiés, placées à l'extrémité supérieure des grandes lèvres et séparées par un sillon glabre qui s'étend du mont de Vénus au sommet de l'arcade pubienne. Les grandes et les petites lèvres, de forme et de dimensions normales, sont séparées à leur extrémité supérieure par ce sillon.

L'opération nécessitée par le prolapsus vaginal est pratiquée le 18 novembre 1880, par le professeur Schrœder, et réussit parfaitement. L'opération de l'épispadias est pratiquée le 12 décembre 1880. Schrœder dissèque un lambeau ayant la forme d'un triangle équilatéral, dont le sommet correspond à l'origine du sillon au mont de Vénus ; les bords latéraux aux bords du sillon ; ces bords s'étendent jusqu'au deux moitiés du clitoris : de ces points la ligne de dissection gagne le bord postérieur de l'orifice urétral, l'opérateur prolonge, à l'aide de ce lambeau, le canal urétral d'une longueur de 1 1/2 à 2 centimètres, puis les bords du triangle sont réunis par des sutures, qui ont pour effet de ramener au contact l'une de l'autre les deux moitiés du clitoris et de faire disparaître le sillon. La plaie guérit par première intention. Dès le principe la malade peut évacuer spontanément l'urine et la promptitude de la guérison rendit inutile l'usage du cathéter.

Immédiatement après la guérison, la malade pouvait conserver son urine pendant 3 heures, et 18 mois après elle la conservait pendant 4 heures.

H. DE BRINON.

V. — Dans 2 cas l'auteur ayant préalablement dilaté l'urètre avec de la laminaria, put introduire l'index dans la vessie et repousser par la pulpe digitale les lèvres de la fistule. L'opération terminée, les malades conservent pendant quelque temps une incontinence d'urine, mais c'est là même un avantage qui dispense de leur appliquer la sonde à demeure.

En 1880, Cruveilher avait déjà préconisé cette manière de faire.

VI. — Une femme âgée de 72 ans ressentait depuis quelque temps des douleurs pour uriner, surtout vers la fin de la miction. Le 15 juillet, elle souffre plus que d'habitude; elle n'expulse que quelques gouttes d'un liquide sanguinolent ; elle éprouve au-dessous du pubis une sensation intolérable, comme si quelque chose allait lui sortir du corps ; elle porte en cherchant à se soulager un doigt à la vulve, sent un corps qui se présente et s'écrie qu'un os lui traverse les chairs. Tout d'un coup elle se lève, pousse un cri déchirant et entend quelque chose qui tombe à terre. C'était un calcul pesant 140 grammes et composé de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien.

A l'examen Mouchet put reconnaître une solution irrégulière à grand diamètre transversal de 2 centimètres environ d'avant en arrière. C'est donc à travers la paroi urétro-vaginale que le calcul s'est frayé un passage après avoir ulcéré les tissus.

La malade s'est refusée à toute opération et la fistule s'est spontanément rétrécie au point de ne pas dépasser aujourd'hui le diamètre d'une lentille.

Verneuil et Sée insistent à ce propos sur la cure difficile de ces fistules. Dans un cas de Verneuil la malade vit à deux reprises la fistule se reproduire sous l'influence d'une nouvelle formation calculeuse amenant une ulcération nouvelle ; en dernier lieu une simple sonde en aluminium suffit à sectionner l'urètre dans le reste de son étendue.

L'an dernier chez une femme dont la paroi avait subi déjà un commencement d'ulcération, et que le professeur débarrassa par l'incision d'un calcul gros comme un œuf de poule, la suture fut également suivie d'un complet échec.

Berger a été plus heureux, dans un cas, il est vrai, un peu différent. Il s'agissait d'un calcul développé autour d'une longue épingle. Broca fit une taille urétrale avec un lithotome double et retira le calcul, mais l'extrémité de l'épingle avait perforé la vessie. Plusieurs années après, une fistule grosse comme une lentille se produisit en ce point. La guérison en fut obtenue par une seule opération.

L. JULLIEN.

Fall von Inversio Uteri, par Carl LAUENSTEIN (*Centralblatt für Gynækologie, n° 46, 1883*).

La malade, âgée de 23 ans, avait eu un accouchement en janvier 1881. En septembre 1882, elle se présente pour un polype utérin. L'inversion reconnue pendant le sommeil chloroformique est irréductible, et une première tentative de réduction détermine une hémorragie interne. On tamponne le vagin ; après 24 heures, aucun résultat : on applique un colpeurynter. Après 2 jours d'application, on constate que les bords de l'orifice externe se ramollissent. Le lendemain, le fond de l'utérus est au niveau de l'orifice externe. On fait une seconde tentative de réduction avec anesthésie et le colpeurynter est mis

de côté. Le lendemain, la sonde pénètre de 5 centimètres dans l'utérus; mais les jours suivants le fond de l'utérus se montre de nouveau à l'orifice externe. Nouvelle application de colpeurynter, mais sans résultat. Réduction pendant le sommeil chloroformique; après cette manœuvre, la sonde pénètre à 9 centimètres. Pour éviter la réinversion, l'auteur introduit dans l'utérus un tube de caoutchouc de la grosseur du doigt, percé de trous sur les côtés et le fixe par une suture avec un fil de soie à la lèvre antérieure, et à la lèvre postérieure. Le tube est coupé au niveau de l'orifice externe, et l'orifice du col, très largement entr'ouvert, est fermé latéralement par deux sutures de soie. Les jours suivants pas de réaction. Les sutures et le drain sont enlevés quatre jours après. Dix semaines après, la guérison s'était maintenue complète. H. DE BRINON.

Ueber Erkrankung der Gärtnerschen Gänge (Pathologie des conduits de Gartner, par C. BŒHM (*Archiv, für Gynækologie, Band XXI, Heft* 1).

Les conduits de Gartner peuvent devenir le siège d'une sécrétion exagérée, et se dilater en ampoules ou en diverticules par suite de l'accumulation de leur produit de sécrétion.

A l'état aigu, l'inflammation de ces conduits s'accompagne de rougeur et de gonflement des bords de l'orifice urétral et de la moitié inférieure de ce canal : le contact, le passage de l'urine, sont très douloureux. A l'état chronique, l'exagération de la sécrétion forme à peu près l'unique symptôme. Cette hypersécrétion peut être confondue avec la blennorragie, surtout lorsque les orifices de ces conduits se trouvent à l'intérieur de l'urètre. — La guérison est ordinairement facile; la cautérisation avec la pierre infernale ou la simple dilatation suffisent. H. DE BRINON.

De la métrite chez les tuberculeuses, par LEPLICHEY (*Thèse de Paris*, 1883).

A côté de la métrite tuberculeuse, causée par l'évolution locale du tubercule, il existe la métrite des tuberculeuses, où la diathèse seule est en jeu. C'est cette dernière variété que le Dr Leplichey a étudiée dans sa thèse.

Cette métrite serait très fréquente chez les femmes phtisiques ; elle pourrait revêtir deux formes cliniques : 1° l'une torpide qui évolue lentement avec peu ou pas de douleurs, caractérisée surtout par de la leucorrhée et de l'aménorrhée ; 2° l'autre aiguë, inflammatoire qui survient brusquement au début ou pendant le décours de la tuberculose.

AUVARD.

Pyo und Hœmatosalpinx, Operation, Heilung (Salpyngite suppurée : opération, guérison), par ZEISS (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 47, 1883).

Femme âgée de 47 ans, souffrant depuis plusieurs mois d'hémorragies profuses accompagnées de violentes douleurs. L'amputation du col et les injections d'ergotine pratiquées par d'autres médecins n'avaient produit aucune amélioration. Opération avec toutes les précautions antiseptiques : ablation des deux trompes et de l'ovaire droit. La trompe droite forme un sac rempli de pus jaune liquide, dont une petite quantité tombe dans l'abdomen

au moment de l'ablation. La trompe gauche, très difficile à isoler à cause des adhérences dans lesquelles elle est noyée, renferme du sang brun dont une partie tombe encore dans l'abdomen. La cavité creusée dans les masses de tissu connectif pour énucléer la trompe gauche fournit une hémorragie abondante très longue à arrêter. Drainage par l'angle inférieur de la plaie abdominale. Convalescence très lente : péritonite suppurée circonscrite, avec fièvre et secrétion abondante de pus.

Actuellement (26 septembre 1883) la malade est complètement guérie ; les accidents ne se sont pas reproduits ; les règles ne sont pas revenues, bien que l'ovaire gauche soit resté dans l'abdomen. H. DE BRINON.

Physometria, par H.-C. YARROW (*American journal of Obstetrics, p.* 785, *août* 1883).

Le physomètre est une affection rare, que beaucoup de médecins ne rencontrent pas dans toute leur carrière et qu'il importe cependant de bien connaître.

Dans le cas observé par Yarrow, il s'agit d'une négresse âgée de 44 ans et arrivée à l'époque de la ménopause. Comme son ventre gonflait, elle se crut enceinte. L'auteur fut appelé auprès de cette femme qui se croyait et qu'on supposait être en travail, sans en avoir de preuves bien nettes. Après examen, toute supposition de grossesse étant écartée, on introduisit un cathéter dans l'utérus, et il s'échappa immédiatement une grande quantité de gaz inodore.

L'auteur passe en revue les différentes causes qui peuvent donner lieu au physomètre : dans l'état puerpéral, avant ou après la sortie de l'enfant, il est en général causé par la pénétration de l'air dans l'intérieur de l'utérus. En dehors de l'état puerpéral, la pathogénie est d'habitude différente ; il se fait une oblitération d'un des orifices du col, et par la décomposition du contenu utérin ou par une sécrétion spéciale de la muqueuse utérine (?) il y a formation des gaz qui sont retenus dans l'utérus et qui en produisent la distension. AUVARD.

I. — Ueber Pruritus uterinus, par PROCHOWNICK (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n°* 19, *p.* 652, 1er *octobre* 1882).

II. — Heisse Scheidenirrigationen bei Frauenkrankheiten (Des irrigations vaginales avec de l'eau très chaude), par F. BENICKE (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 25, *p.* 353, *et n°* 26, *p.* 376, 20 *et* 27 *juin* 1881).

III. — Die therapeutische Anwendung des heissen Wassers in der Geburtshülfe und Gynækologie (Emploi thérapeutique de l'eau très chaude en obstétrique et en gynécologie), par Max RUNGE (*Idem, n°* 2, *p.* 17, 8 *janvier* 1883).

IV. — Beiträge zur Massage des Unterleibes, insbesondere des Uterus und seiner Annexa, par Otto BUNGE (*Idem, n°* 25, *p.* 384, 19 *juin* 1882).

V. — Beitrag zur operativen Behandlung alter Beckenabcesse (Traitement chirurgical des vieux abcès pelviens), par SCHRŒDER (*Idem, n°* 11, *p.* 174, 13 *mars* 1882).

I. — L'affection que Prochownick dénomme prurit utérin n'a pas encore été décrite. Sa malade souffrait, au niveau de l'utérus, de très violentes démangeaisons qui s'exacerbaient spontanément ou par le toucher ; en revanche les parties sexuelles externes n'offraient aucune sensibilité anormale.

Le mal était apparu après la première couche, avait cessé dans la 7e semaine de la deuxième grossesse, pour reparaître une fois celle-ci terminée.

L'exploration locale donnait des résultats négatifs. Il y avait seulement de notable une réaction fortement acide des sécrétions utérines.

Après des échecs variés, Prochownick obtint la guérison du prurit en combinant l'administration de bromure de potassium avec des injections à l'acide pyroligneux à 8 0/0.

Après 7 mois de durée de ce traitement, les sécrétions utérines étaient devenues alcalines.

II. — Benicke ne se sert dans ces injections vaginales que d'eau très chaude. Il commence le traitement par de l'eau à 37° Réaumur, mais arrive rapidement à employer un liquide à 39 ou 40° Réaumur. La femme étant placée dans le décubitus dorsal, le siège un peu élevé, il injecte 1 ou 2 litres.

Les injections vaginales d'eau chaude ont 3 indications principales.

1° Involution utérine puerpérale défectueuse. Dans ce cas, Benicke répète les injections toutes les 2 heures, en administrant ou non du seigle ergoté en même temps.

2° Métrite chronique. Ici les succès ne sont pas aussi rapides, et Benicke emploie simultanément les scarifications du col ou les topiques iodés. Le premier symptôme, amélioré par les injections est la ménorragie. Dans la métrite chronique, Benicke pratique 1 ou 2 injections chaudes quotidiennes, et les suspend seulement pendant les deux premiers jours des règles.

3° Restes d'exsudats au pourtour de l'utérus. Ici le mode d'administration des irrigations vaginales est le même que dans la métrite chronique et doit être également continué avec persévérance, en y associant des suppositoires d'iodoforme. Les injections d'eau très chaude agissent à la fois comme un calmant et un résolutif.

Dans quelques cas d'hémorragies par myomes utérins, les succès des injections n'ont été que passagers.

III. — Runge passe en revue les indications obstétricales et gynécologiques des injections vaginales ou utérines d'eau très chaude.

Les indications obstétricales sont peu nombreuses et bien établies. Tout le monde est unanime à reconnaître leur prompt succès quand on a à combattre des hémorragies post-puerpérales tenant simplement à une inertie utérine.

Mais dans ces hémorragies puerpérales mêmes il ne faut pas prolonger les injections indéfiniment, ni dépasser la température de 40°, car alors apparaît un effet secondaire des injections, un état de relâchement de l'utérus. C'est ainsi que Runge a rapporté un cas de mort par hémorragie dans ces conditions.

Leur emploi pour provoquer l'accouchement prématuré est inoffensif pour l'enfant, mais il n'est pas d'un résultat certain. Il est même contre-indiqué quand on se trouve en présence soit d'un rétrécissement, soit d'une contracture du col, qu'il ne pourrait qu'aggraver.

IV. — Bunge a pratiqué le massage abdominal chez des femmes atteintes de constipation chronique par atonie intestinale, en présentant des résidus

d'exsudats paramétriques ou périmétriques, ou enfin de l'engorgement de l'utérus.

1° *Massage de l'intestin.* — Les malades peuvent le faire elles-mêmes. Les frictions doivent porter sur les régions de l'abdomen occupées par le gros intestin et être dirigées de façon à en pousser le contenu vers l'anus.

2° *Massage de l'utérus et de ses annexes.* — Les manipulations du massage externe se composent de pétrissage et d'effleurage. On refoule d'abord les parois abdominales dans la profondeur, puis on les amène sur les côtés de l'utérus. La direction des frictions varie selon le siège des produits morbides à combattre.

Pour le massage interne, Bunge l'a pratiqué presque exclusivement par le vagin, où il est plus aisé et moins douloureux que par le rectum.

En terminant, Bunge relate une quinzaine d'observations à l'appui de cette médication (*R. S. M.*, XX, 633).

V. — Schrœder s'occupe uniquement du traitement chirurgical des pelvi-péritonites suppurées qui, après s'être ouvertes dans le rectum ou la vessie, ne peuvent être amenées à guérison complète. En cas d'ouverture de l'abcès par le rectum, il s'est habituellement produit un long trajet fistuleux qui établit la communication. L'indication essentielle est alors d'ouvrir un accès au pus dans le vagin. Mais la chose est en général malaisée, parce qu'on a parfois à traverser une épaisseur de 3 ou 4 centimètres de fausses membranes calleuses avant de parvenir au foyer purulent.

Lorsque l'abcès s'est ouvert dans la vessie, celle-ci est déjà, généralement, immobilisée par des adhérences. Aussi l'intervention chirurgicale est-elle encore plus difficile. Après dilatation de l'urètre, on réussit bien à pénétrer dans l'abcès avec la sonde, mais ce n'est pas assez parce qu'on ne peut pas pratiquer des lavages suffisants. Deux fois, pour triompher de cette difficulté, Schrœder a fait la taille hypogastrique de façon à pouvoir faire pénétrer deux doigts dans les foyers purulents, qu'il a ensuite drainés par la plaie abdominale. Chez sa seconde opérée, il a isolé la vessie et suturé sa fistule comme dans une entérorraphie.

Mais lorsque l'abcès est profond, il vaut toujours mieux établir un drainage vaginal.

Dans un cas d'ouverture par le rectum, *Mœricke* avait posé des drains à travers le fond du vagin et essayé infructueusement des lavages avec différents liquides antiseptiques, notamment l'hyposulfite de soude. La femme avait toujours une fièvre intense. Dès qu'il recourut aux applications d'iodoforme, l'état de la malade marcha rapidement vers la guérison.

Martin, dans 4 ou 5 abcès pelviens rompus dans le rectum, a d'abord ponctionné avec un trocart le cul-de-sac postérieur du vagin, puis fait une incision avec le bistouri boutonné, drainé le foyer et suturé l'incision. Mais la guérison a toujours été lente.

Il n'a vu de communication avec la vessie que pour des abcès des ligaments larges. J. B.

OBSTÉTRIQUE.

I. — Ueber den Einfluss der Chloroformnarkose auf den Stoffwechsel der ersten Lebenstage (Influence de l'anesthésie chloroformique de la mère sur la nutrition de l'enfant pendant les premiers jours de la vie), par M. HOFMEIER (*Berlin. klin. Woch., n°* 15, *p.* 230, 9 *avril* 1883).

II. — Ueber Anœsthesie während der Geburt (De l'anesthésie obstétricale), par MÜLLER (*Idem n°* 4, *p.* 63, 28 *janvier* 1884).

III. — Ueber die Anwendung des Bromaethyl zur Narcose Kreissender, par HAECKERMANN (*Idem, n°* 9, *p.* 140, 3 *mars* 1884).

IV. — Ueber die Anwendung des Bromaethyl's in der Geburtshüfe (Expériences sur l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique en obstétrique), par P. MÜLLER (*Berlin. klin. Woch., n.* 44, *p.* 673, 29 *octobre* 1883).

I. — 24 femmes en travail ont été chloroformées avec des doses variables de 25 à 100 grammes, les unes seulement 20 minutes avant leur accouchement, les autres plusieurs heures auparavant.

Tous leurs nouveau-nés présentèrent de l'ictère, considérable pour 16, modéré pour les 8 autres.

Hofmeier a étudié comparativement les phénomènes de nutrition chez ces enfants et chez 34 autres dont les mères avaient accouché, sans qu'on les anesthésiât.

En ce qui concerne la diminution du poids, il n'a constaté aucune différence entre les deux catégories d'enfants.

En revanche, chez les enfants de mères chloroformées, durant les 8 premiers jours, il y a eu augmentation considérable de l'urée, tant au point de vue de la quantité relative que de la quantité absolue ; augmentation notable de l'acide urique, des infarctus uriques et de l'albuminurie ; bref, un accroissement essentiel dans l'élimination des produits d'oxydation de l'azote. Ces enfants ont enfin présenté certains pigments résultant sans doute de la métamorphose d'extravasats sanguins.

Tous ces faits s'enchaînent et peuvent s'expliquer par l'action destructive que le chloroforme exerce sur les globules sanguins. Leur matière colorante mise en liberté développe l'ictère, tandis que les altérations ultérieures du stroma se traduisent par une exagération dans les phénomènes de nutrition.

II. — Müller a employé 22 fois le bromure d'éthyle. Il n'en a obtenu d'effets favorables, c'est-à-dire l'atténuation des douleurs sans perte de la conscience, que dans environ la moitié des cas. Le bromure d'éthyle lui a paru ralentir l'activité des contractions utérines. Deux fois, son emploi fut suivi d'une forte bronchite pendant les couches. Il ne sait si cet accident doit être rapporté à la dose (80 grammes) ou à la qualité défectueuse du médicament. — L'haleine des femmes avait une odeur alliacée qu'on retrouvait pendant 24 heures dans celle des nouveau-nés.

Il a fait également avec le chloral des essais qui ne l'ont pas satisfait, malgré qu'il ait porté la dose à 5 grammes.

La communication de Müller a donné lieu à une discussion dans la 56e réunion des naturalistes et médecins allemands :

Schatz n'a employé que le chloroforme chez les femmes en travail. Or, le kymographion démontre qu'il diminue très notablement l'énergie des contractions utérines sans avoir d'influence sur leur fréquence. C'est sans doute ainsi que doivent s'expliquer les hémorragies par inertie secondaire si fréquentes après son administration.

Hegar pense aussi que l'énergie des douleurs est affectée par le chloroforme, mais en Allemagne on est mal placé pour ces observations, car on n'anesthésie guère que dans les accouchements anormaux, où il existe bien d'autres raisons pouvant occasionner la faible intensité des contractions utérines.

Hegar a essayé également l'éther, qui donne souvent lieu à des bronchites consécutives.

Maintenant, il n'emploie plus que le chloroforme et en borne l'administration aux primipares, à qui il le fait inhaler à petites doses vers la fin de la période d'expulsion.

III. — Hæckermann s'est servi 56 fois du bromure d'éthyle. Il estime que même a faibles doses, il est tout à fait propre à procurer un accouchement indolore.

Rose lui reproche l'odeur fétide qu'il donne à l'air expiré (*R. S. M.*, III, 640; IV, 542; V, 172, 588 et 589; IX, 630 et 631; XVII, 305; XX, 199 et 635; XXI, 191).

IV. — A l'exemple de Lebert (*R. S. M.* XX, 635), de Wiedemann (*Saint-Petersburg. med. Woch.* 1883, n° 11) et de Hæckermann, Müller a fait inhaler du bromure d'éthyle à 22 parturientes.

Jamais les femmes n'ont fait de difficultés; certaines même ont réclamé la continuation des inhalations.

Il n'y a eu ni nausées, ni vomissements, ni surexcitation, ni phénomènes consécutifs incommodes.

Une légère accélération du pouls et de la respiration a été constatée 9 fois; 8 fois on a noté une dilatation des pupilles et très fréquemment une congestion de la face. Ces derniers phénomènes semblent prouver qu'on n'a pas à craindre de syncope par anémie cérébrale comme avec le chloroforme.

L'élimination paraît se faire presque exclusivement par les poumons, ordinairement pendant les deux premiers jours des couches. Mais l'odeur alliacée n'est pas assez intense pour incommoder le voisinage, ainsi que l'avait dit E. Rose.

L'haleine du fœtus indique le passage rapide du médicament.

Quant aux résultats, ils sont parfois extrêmement remarquables. Les dernières contractions expulsives s'accomplissent sans la moindre douleur. En outre, si l'on ne dépasse pas certaines doses, l'intelligence reste entière.

Toutefois Müller fait 3 reproches au bromure d'éthyle;

Le premier, sur lequel il insiste peu, est de ralentir parfois l'énergie des douleurs, mais il ajoute aussitôt qu'il n'y a eu aucune mauvaise suite.

Chez deux femmes il est survenu une bronchite.

Enfin l'anesthésie n'a été obtenue que dans la moitié des cas.

La quantité de bromure d'éthyle employée a été en moyenne de 60 grammes. (*R. S. M.*, X, 58 ; XVII, 310 et 748.) J. B.

Basch's Sphygmomanometer und der Blutdruck während der Geburt und des Wochenbettes im zusammenhange mit Puls, Temperatur und Respiration (Sphygmomanomètre de Basch, et pression sanguine pendant l'accouchement, les suites de couches dans ses rapports avec le poids, la température et la respiration), par A. LEBEDEFF et POROCHJAKOW (*Centralblatt f. Gynæk, p.* 1, 1er *janvier* 1884).

Aucun auteur n'avait jusqu'à ce jour fait des mensurations directes de la pression sanguine pendant l'accouchement et les suites de couches ; toutes les opinions ayant cours à ce sujet étaient basées sur de simples suppositions. Lebedeff et Porochjakow ont comblé cette lacune, et de leurs recherches faites avec le sphygmomanomètre de Basch, et portant sur 15 cas, ils tirent les conclusions suivantes :

A. Suites de couches normales. — 1° La pression sanguine est moindre pendant les suites de couches que pendant l'accouchement ; la différence en moyenne est de 18 millimètres ;

2° La pression est au minimum vers le 3e jour, c'est ensuite pendant le premier et le second jour qu'elle est la plus basse. Dans quelques cas cette pression minimum n'existe qu'au 7e jour ;

3° Dans quelques cas, au lieu de tomber, la pression monte pendant les premiers jours ;

4° L'accouchement par lui-même (la pression étant mesurée dans l'intervalle des douleurs) n'a pas d'influence directe sur la pression, ainsi que les mensurations faites pendant et après le travail en sont la preuve ;

5° Quand les accouchées quittent le lit au 8e ou 9e jour, la pression sanguine remonte aussi haut, parfois plus haut que pendant l'accouchement. On n'observe aucune élévation semblable quand elles se lèvent au 3e ou 4e jour ;

6° Quand la température reste normale, la pression sanguine suit assez bien les variations du pouls ;

7° Entre la variation de la température et celle de la pression du sang (les suites de couches étant normales) il n'y a pas de relation évidente.

B. Suites de couches fébriles. — 1° Pendant les suites de couches fébriles le rapport entre les variations de la pression sanguine et de la température existe, de même qu'avec la fréquence du pouls ;

2° Après la disparition de la fièvre, l'élévation de la pression sanguine se maintient quelque temps, quand il n'y a pas un ralentissement rapide du pouls. AUVARD.

Ueber Spätfieber im Wochenbett (De la fièvre tardive chez les accouchées), par P. MUELLER (*Archiv für Gynækologie, Bd XX, Heft* 2).

L'auteur a eu fréquemment l'occasion d'observer chez des femmes dont l'accouchement avait été facile et régulier, dont les suites avaient été normales, des élévations de température débutant le neuvième jour après les couches et atteignent 40°. Ces élévations de température avaient habi-

tuellement lieu le soir; le matin la température redescendait pour remonter de nouveau le lendemain soir. Rarement ces phénomènes se prolongeaient jusqu'au troisième jour. Le pouls est élevé, mais atteint rarement 120 pulsations; l'état général assez bon, sauf de la céphalalgie et de l'inappétence. Aucune lésion locale n'explique ces troubles généraux. L'auteur ne croit pas qu'ils puissent être rattachés à une infection remontant à l'accouchement : une infection pendant les jours consécutifs paraît impossible, puisque le traitement des accouchées se réduit à un pansement avec la ouate phéniquée et qu'on ne fait pas d'injection. Il lui paraît plus vraisemblable de les rapporter à un léger trouble des organes génitaux occasionné par les premiers mouvements que fait l'accouchée, lorsqu'elle commence à se lever. Il serait possible qu'à ce moment il y ait détachement d'un thrombus, ou réouverture d'une plaie.

Veit a observé les mêmes faits et croit qu'on peut les attribuer à une infection septique, dont la période d'incubation serait plus ou moins prolongée.

Müller ne croit pas que l'incubation puisse durer huit jours.

Küstner pense qu'il peut y avoir là le résultat d'un effet mécanique : mais les mouvements ne sont que l'occasion et non la cause directe. Il a observé quelque chose d'analogue chez les opérées d'ovariotomie ou d'hystérotomie. On voit dans ces cas des mouvements fébriles survenir, à l'occasion d'une constipation, au moment précis où la masse fécale arrive dans l'ampoule rectale, au niveau de la plaie du pédicule ovarien ou du moignon utérin. Il semble que le bol fécal, par son action mécanique sur la plaie, provoque la résorption de quelques corpuscules septiques qui s'y trouvaient inclus et immobilisés. H. DE BRINON.

Caduque expulsée pendant la grossesse, sans avortement consécutif, par J.-A. DOLÉRIS (*Soc. de Biol.*, 10 *mars* 1883).

Il s'agit d'une femme de 27 ans qui a été enceinte quatre fois. A trois de ses grossesses elle a expulsé, sans autres symptômes propres à la fausse couche, des lambeaux de caduque vraie. — L'élimination est arrivée une fois à trois mois et demi, la deuxième fois à six mois et demi, et la troisième fois à cinq mois.

Les trois grossesses ont eu leur évolution normale et la femme a accouché à terme.

On ne saurait mieux expliquer l'accident que par une maladie de la caduque. — L'examen histologique a révélé des thromboses superficielles et profondes des vaisseaux. Les glandes étaient remplies de globules sanguins; les cellules géantes étaient énormes et infiltrées de substance muqueuse.

MARCUS.

Ueber genauere Bestimmung des Winkels, welchen die Conjugata diagonalis mit der Symphyse bildet (Méthode pour évaluer exactement l'angle que forment le diamètre conjugué diagonal et la symphyse pubienne), par Emmanuel GOTH (*Archiv für Gynækologie, Band XXI, Heft* 3).

La détermination de l'angle formé par le diamètre conjugué diagonal et la symphyse pubienne permet de calculer le diamètre conjugué vrai, d'après la longueur du diamètre conjugué diagonal. L'auteur arrive à déterminer indirectement cet angle, en mesurant l'angle que forment

avec la verticale le prolongement du diamètre conjugué diagonal et le prolongement de la symphyse pubienne. L'angle formé par le diamètre conjugué diagonal et la symphyse pubienne est égal à la différence ou à la somme de ces deux angles, suivant que la symphyse se trouve par rapport à la verticale du même côté que le diamètre conjugué diagonal ou du côté opposé. L'instrument à l'aide duquel l'auteur obtient ces deux angles se compose d'une tige métallique boutonnée longue de 30 centimètres et graduée en millimètres sur une partie de sa longueur. A cette tige est suspendu un demi-cercle mobile et gradué. Un pendule fixé au centre du demi-cercle indique la verticale. H. DE BRINON.

I. — Ueber den Ort der foetalen Herztöne und subjectiven Bewegungen (Du siège des bruits cardiaques et des mouvements foétaux), par HENNIG (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 45, p. 692, 6 novembre* 1882).

II. — Ueber die vierte Drehung des Schädels bei Hinterhauptslagen (De la quatrième rotation du crâne dans les positions occipitales), par OLSHAUSEN (*Idem, p.* 690).

III. — Zur Umwandlung der Gesichtslagen in Hinterhauptslagen (De la conversion des présentations de la face en présentations de l'occiput), par BRENNECKE (*Idem, n° 4, p.* 59, 23 *janvier* 1882).

IV. — Ueber die Indicationen zur Einleitung des künstlichen Abortus (Sur les indications de l'avortement artificiel), par DICK (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 21, p.* 719, 1er *novembre* 1882).

I. — A la suite de recherches laborieuses, Hennig ne peut que confirmer la justesse de l'opinion classique qu'à partir du quatrième mois de la grossesse, tantôt du 5e au 7e et encore plus communément du 8e au 9e mois, les bruits du cœur fœtal sont perceptibles dans un point plus rapproché de l'extrémité céphalique que du siège et que les mouvements du fœtus se manifestent surtout au niveau de la région occupée par les extrémités, par les jambes spécialement, moins fréquemment au niveau de la tête et plus rarement encore au niveau du siège.

II. — Dans les deux premières positions du sommet, lorsque la tête fœtale abandonne le détroit inférieur, l'occiput vient s'arc-bouter contre la symphyse, puis le menton glissant en haut et en avant, au-devant de la symphyse, s'éloigne de la poitrine. Il se produit ainsi dans les présentations occipitales une rotation de la tête autour de son propre diamètre transverse ou 4e rotation.

Olshausen trouve erronées les explications qu'on en a données jusqu'ici. Pour lui, cette 4e rotation est un effet de l'antéflexion graduelle de l'utérus pendant l'expulsion du fœtus. En vertu du changement de position de l'utérus, la pression de l'axe fœtal se trouve reportée plus en arrière, ce qui a pour résultat d'éloigner le menton du thorax fœtal et de produire la 4e rotation.

C'est par ce mécanisme qu'Olshausen explique la rapide action du forceps sur la tête arrêtée au détroit inférieur : l'instrument fournit à la tête fœtale le mouvement de rotation qui lui manquait spontanément.

III. — Brennecke estime que depuis l'emploi du chloroforme la conversion d'une présentation de la face en présentation de l'occiput peut

être exécutée sans danger ni pour la mère ni pour l'enfant. Le seul accident auquel cette intervention puisse donner lieu est un ralentissement du pouls fœtal dû à la compression subie par la tête.

Pour effectuer la conversion des présentations faciales, on a le choix entre deux procédés : celui de Baudelocque, par manœuvres combinées, et celui de Schatz (*R. S. M.*, III, 218), par manœuvres exclusivement externes.

Le procédé de Schatz ne trouve guère d'applications dans la clientèle privée, car il exige l'intégrité de la poche des eaux.

Celui de Baudelocque réclame seulement que la face n'ait pas encore franchi le détroit supérieur et qu'elle ait conservé quelque mobilité.

On introduit dans le vagin la main gauche, s'il s'agit d'une position mento-droite et *vice versâ*.

Après avoir appliqué les doigts sur les fosses canines et sur le dos du nez, on s'efforce de faire remonter la face vers le côté correspondant du bassin. En même temps, l'autre main, qui opère extérieurement, saisit l'occiput et cherche à faire tourner la tête, dans le même sens, sur son axe transversal.

On ne doit considérer la conversion comme obtenue que lorsque la rotation de la tête a été assez complète pour que la petite fontanelle soit notablement plus basse que la grande. Sinon, en dépit de tous les efforts, la présentation qu'on a voulu corriger se reproduit, car le fait de Fritsch (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1872, n° 32) est certainement exceptionnel.

L'expérience a montré à Brennecke qu'au cours de ces manœuvres, l'opérateur éprouve toujours la même sensation. Tout d'abord il lui semble qu'il atteindra facilement le but désiré, et, en effet, en peu de temps, il a converti la présentation faciale en une sincipitale. Mais alors le mouvement de la tête s'arrête et il y a là un point mort que parfois on ne peut dépasser. Schatz a très bien montré qu'en présentations occipitale ou faciale le fœtus a un axe longitudinal plus court que dans les positions intermédiaires sincipitale et frontale. C'est cet allongement passager de l'axe fœtal, produit inévitablement par les manœuvres de conversion, qui entraîne une résistance plus grande de l'utérus, obligé d'allonger lui-même son propre axe longitudinal. Dès que le maximum de cet allongement est dépassé, toute résistance cesse et le reste de la rotation de la tête s'accomplit d'autant plus rapidement et facilement que l'utérus distendu tend à raccourcir son axe et joint dès lors ses efforts à ceux de l'opérateur.

Brennecke a tenté 4 fois la conversion d'une présentation faciale : 2 fois il n'a pu franchir le point mort. Dans les deux autres cas, le succès de ses manœuvres a été complet, et immédiatement les contractions utérines, qui jusque là étaient désordonnées et agaçantes pour la femme, se sont régularisées.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une tripare de 25 ans à bassin normal. Les eaux étaient écoulées depuis 1 heure et l'enfant se présentait en première position de la face. La femme fut anesthésiée et la conversion rapidement obtenue.

Chez la deuxième femme, Brennecke ne put jamais dépasser la présentation sincipitale. L'accouchement se fit spontanément par la face, l'enfant vivant.

Chez une troisième femme, même insuccès.

Enfin dans le 4e cas, le seul qu'il ait encore rencontré dans la clientèle privée, il s'agissait d'une secondipare à bassin légèrement aplati ; les eaux étaient écoulées depuis 3 heures. Néanmoins Brennecke put effectuer la conversion.

IV. — Chez deux femmes présentant des hémorragies incoercibles, Dick a jugé qu'il y avait indication de l'avortement artificiel ; on sait que c'est là une indication encore très contestée, admise par exemple par Scanzoni et repoussée par Schrœder.

Dans l'un des faits de Dick, la grossesse était au 3e mois, dans l'autre au 5e. L'une et l'autre femmes avaient depuis 4 ou 5 semaines des hémorragies rebelles aux tamponnements réitérés, et se trouvaient dans un état d'anémie grave.

Dick se décida à pratiquer l'avortement artificiel, au moyen de l'éponge préparée et en prenant les précautions antiseptiques. Il hésita d'autant moins à interrompre ces deux grossesses, qu'il croyait à la mort des fœtus. Or, celui de 3 mois était en parfait état. Dans l'autre cas où il existait 2 jumeaux, l'un faisait encore quelques mouvements.

Chez les deux femmes, qui se rétablirent rapidement et sans avoir de fièvre, Dick trouva des caillots d'âges divers entre la caduque et le chorion ; par leur réunion, ils recouvraient presque la totalité de l'œuf.

Mueller n'a eu qu'une fois l'occasion de pratiquer l'avortement artificiel pour hémorragies.

Il admet donc cette indication, tout en comprenant les opinions divergentes. Car la difficulté est de juger le moment où la perte de sang devient un pressant danger pour la mère ; c'est une question d'appréciation qui varie suivant chaque médecin.

Conrad, au contraire, se range du côté de Schrœder. Jamais il ne s'est vu contraint d'interrompre la grossesse. Quelquefois il a songé à pratiquer l'avortement, mais alors les pertes sanguines se sont arrêtées, la grossesse est parvenue à son terme normal et l'enfant est venu plein de vie. J. B.

Étude sur l'arthrite survenue pendant le cours de la grossesse, par A.-F. MERCIER (*Thèse de Paris*, 1883).

L'arthrite de la grossesse que certains auteurs ont voulu rattacher soit au rhumatisme, soit à la scrofule, soit à la blennorragie, a une existence absolument autonome ; elle ne dépend que de la grossesse. Elle est caractérisée par sa ténacité pendant la durée de la gestation, elle cesse d'habitude avec elle ; par l'absence de douleurs musculaires et articulaires, par la guérison presque toujours complète et sans ankylose, et enfin par la très grande rareté de la suppuration.

Tous les traitements les plus énergiques et les mieux dirigés n'ont qu'une faible influence sur cette arthrite ; elle est rebelle au salycilate de soude. Seul l'accouchement en amène la guérison. L'accouchement provoqué, tenté dans un cas par Lorain a été suivi de guérison avec ankylose. AUVARD.

Étude de l'involution utérine dans les premiers jours des couches normales, par Léon GANZINOTTY (*Thèse de Nancy*, 1882).

Pour étudier l'involution utérine, M. Ganzinotty a recours à la méthode graphique ; il se sert, à cet effet, de deux points de repère, l'un fixe,

le bord supérieur de la symphyse pubienne, l'autre variable, le milieu du fond de l'utérus. Cette méthode fait abstraction de la partie de l'utérus située au-dessous du plan qui passe par le bord supérieur de la symphyse pubienne.

L'auteur arrive aux résultats suivants: il y a deux types d'involution normale : le type de retrait rapide, dans lequel le fond de l'utérus disparaît derrière le pubis entre le 11e et 12e jour après l'accouchement, et le type de retrait lent, dans lequel le fond de l'utérus disparaît du 15e au 16e jour. Dans les deux types l'involution est régulière.

La pluriparité, l'arrivée de la grossesse à son terme, sont des conditions favorables à l'involution. Celle-ci est retardée par une longue durée du travail. D'autres causes agissent passagèrement sur le processus de régression utérine; ainsi celui-ci est favorisé par la lactation, par les tranchées des pluripares, par l'administration du seigle ergoté.

La fièvre n'arrête pas le processus d'involution utérine, et ce n'est pas davantage l'arrêt d'involution qui cause la fièvre. Lorsqu'il y a fièvre et arrêt d'involution concomitant, ce double phénomène dépend d'une cause commune agissant à la fois sur l'état général et sur l'état local; cette cause, c'est l'infection septique locale, qui détermine la fièvre et une lymphangite utérine bénigne ; l'arrêt passager d'involution est dû à cette lymphangite. PARISOT.

De l'examen des lochies au point de vue du pronostic chez les nouvelles accouchées, par Henri LEFEBVRE (*Thèse de Paris*, 1883).

L'état des lochies traduit assez bien les conditions dans lesquelles se trouve l'accouchée pendant les jours consécutifs à l'enfantement. Le médecin doit donc les examiner attentivement : la couleur, l'odeur, l'exploration microscopique, constituent les trois points principaux de cet examen.

Des différentes observations cliniques recueillies par l'auteur il ressort ce fait que toutes les fois que les lochies sont dépourvues d'odeur, elles ne contiennent pas de micro-organismes. Quand, par conséquent, à l'examen d'une accouchée on trouve les lochies sans odeur, on peut conclure à l'absence des microbes. — Toutes les fois que les lochies deviennent fétides, le microscope y révèle des microbes. La fétidité des lochies et la présence des microbes sont donc deux faits corrélatifs, marchant parallèlement l'un à l'autre. L'odeur des lochies donnera donc le critérium le plus précieux pour l'accoucheur. — Par contre les renseignements fournis par l'écoulement lochial en dehors des caractères précédents sont de faible valeur. AUVARD.

I. — Ob und eventuell wie lange soll man nach einer Sektion oder nach Ablauf eines Puerperalfieberfalles in der geburtshülflichen Thätigkeit pausiren ? (Doit-on interrompre la pratique obstétricale après une autopsie ou après un cas de fièvre puerpérale ? Combien de temps doit-on rester inactif ?), par V. SWIECICKI (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 16, 1883).

II. — Hat die zeitweise Abstinenz der Aerzte von der geburtshülflichen Thätigkeit... (L'abstention temporaire de la pratique obstétricale a-t-elle une valeur

réelle au point de vue de la prophylaxie de la fièvre puerpérale), par Hermann LÖHLEIN (*Ibid.*, *n°* 23, 1883).

III. — Bemerkungen zum vorstehenden Aufsatz (Remarques à propos de l'article précédent), par Heinrich FRITSCH (*Ibid.*, *n°* 23, 1883).

IV. — Darf der Arzt nach Berührung infektiöser Stoffe ohne weiteres Geburten übernehmen? (Peut-on se livrer à la pratique des accouchements après avoir touché des matières infectieuses), par WIENER (*Ibid.*, *n°* 24, 1883).

V. — Bemerkungen zum vorstehenden Aufsatz, par H. FRITSCH (*Ibid.*, *n°* 27, 1883).

VI. — Erscheint es angezeigt in den geburtshülflichen Kliniken die Antisepsis..., par M. HOFMEIER (*Ibid.*, *n°* 27, 1883).

VII. — Desinfektion oder Abstinenz? Zur Frage der Verhütung des Kindbettfiebers (La question de la prophylaxie de la fièvre puerpérale), par Emmanuel GOTH (*Ibid.*, *n°* 31, 1883).

I.—Les opinions sont partagées sur cette question. Winckel, Zweifel, Schrœder, E. Martin, ne veulent pas que l'on examine une parturiente immédiatement après avoir eu les mains souillées par des matières infectieuses ; il faut qu'un certain intervalle (variant de 1 à 14 jours) se soit écoulé pour que l'accoucheur contaminé reprenne l'exercice de ses fonctions, sans danger pour ses clientes. Au contraire, Küstner, Ahlfeld, Macdonald et d'autres soutiennent que si le médecin se soumet à une désinfection minutieuse et complète, il peut sans crainte passer de la salle d'autopsie à la salle d'accouchement.

La règle, adoptée à Erlangen, qui éloigne pendant huit jours des accouchées toute personne ayant fait une autopsie ou soigné une fièvre puerpérale doit être considérée comme un minimum.

II. — La question ne peut être résolue d'après l'auteur que par l'expérience clinique. Sa pratique personnelle pendant les quatre dernières années ne lui fournit aucun fait positif ; mais il croit pouvoir s'appuyer sur elle pour affirmer qu'on peut arriver par des moyens très simples à une désinfection suffisante des mains. Il a fait, pendant ces quatre ans, 210 accouchements ; dans ce nombre, il compte 4 accouchements prématurés artificiels, 5 opérations ayant pour but de réduire le volume de la partie fœtale en présentation ; 8 placentas prævia, 4 éclampsies, de nombreuses explorations de la cavité utérine, de très nombreuses sutures du périnée, etc. — Pendant la même période, il a eu fréquemment à examiner en consultation avec d'autres collègues des accouchées ayant une fièvre intense, à extraire des débris de membranes, à ouvrir des abcès paramétriques ; il a eu très souvent à toucher dans des explorations gynécologiques des tissus en putréfaction, et, exceptionnellement, des parties cadavériques dans des autopsies auxquelles il assistait. Plusieurs fois il a dû pratiquer des opérations obstétricales, une heure ou deux après avoir touché des matières infectieuses. Cependant il n'a eu aucun cas de mort par septicémie puerpérale ; les quelques cas de fièvre grave appartiennent à des femmes chez qui l'on avait constaté de la fièvre pendant l'accouchement ; un seul cas a présenté une élévation passagère dépassant 39° C. Enfin, 9 ovariotomies pratiquées par l'auteur

dans le même espace de temps n'ont présenté aucun trouble pendant la convalescence.

L'auteur termine par ces conclusions, que la désinfection peut être obtenue sûrement et en très peu de temps; que l'abstention prolongée de la pratique obstétricale est d'une efficacité douteuse, et qu'elle est impraticable dans la plupart des cas.

III. — L'auteur appuie les conclusions de Löhlein. Pour lui aussi, ce n'est pas le temps, ce sont les désinfectants qui tuent les bactéries. Depuis 1872 (10 ans), il n'a pas perdu une seule accouchée, et n'a eu qu'un seul cas de troubles puerpéraux graves (ouverture dans le vagin, à la troisième semaine, d'un exsudat paramétrique). Pendant l'année 1873, il a eu à soigner son frère, atteint de coxalgie ; de vastes abcès de la paroi pelvienne s'étaient ouverts au dehors et sécrétaient un pus fétide; trois fois par jour, pendant quinze mois, il a pansé ces abcès et touché ce pus de mauvaise nature. Après chaque pansement, il se lavait avec une solution phéniquée à 6 0/0. Pendant cette période, il a eu 240 cas d'intervention obstétricale, et c'est la première fois depuis la fondation de la policlinique de Halle qu'il n'y a pas eu un cas de mort pendant toute l'année.

IV. — Comme preuve de l'efficacité certaine de la méthode antiseptique, au point de vue de la désinfection, l'auteur présente les résultats de la clinique obstétricale de Breslau. Depuis l'automne 1880 jusqu'à Pâques 1882, on a laissé pratiquer les accouchements à tous les étudiants sans exception, même à ceux qui avaient manipulé des matières infectieuses, fait des autopsies, etc. Pendant cette période, il est mort 12 femmes sur 471 accouchées. Sur ces 12 morts, 7 ne doivent pas entrer en ligne de compte; une fois la femme était profondément infectée au moment de son entrée ; une fois il s'agissait de rupture utérine avec issue de la tête dans l'abdomen ; deux fois de carcinome sécrétant de la portion ou du vagin ; deux fois de lésions et contusions graves, et une fois d'hémorragie mortelle. Il reste donc 5 cas de mort, soit 1,06 0/0, qui ne peuvent être attribués qu'à une infection directe. Sur ces 5 cas, il faut encore remarquer qu'une malade avait été touchée en dehors de la clinique par une matrone; que dans deux autres cas il s'agissait de vrais accouchements d'examens; enfin, que l'un des accouchements avait eu lieu à la Maternité des sages-femmes et que l'accouchée n'avait été touchée par aucun étudiant. Au point de vue de la morbidité, les affections graves ont été très rares.

V. — L'auteur expose les instructions qui sont données à la clinique de Breslau aux étudiants qui font des accouchements. Malgré les conditions très défavorables dans lesquelles se trouve la clinique, il n'y a eu, sur 129 accouchements, que 2 cas de mort dans le semestre d'été (1882?) : le premier, suite d'érysipèle; le second, suite d'endométrite purulente. Pendant l'hiver 1882-1883, il n'y a pas eu un seul cas de mort sur 150 accouchements, et il n'y a eu qu'une affection grave : paramétrite.

VI. — L'auteur rejette les conclusions de Wiener.

VII. — L'auteur traite la question au point de vue du médecin praticien. Pour lui, le transport des germes infectieux par les vêtements est peu à redouter dans les conditions habituelles de la pratique médicale.

Après un séjour plus ou moins prolongé dans une atmosphère infectée, il vaut mieux changer de vêtements que de chercher à les désinfecter.

Pour les instruments, ceux qui sont d'un prix peu élevé (cathéter, etc.) ne doivent jamais servir à plusieurs femmes. Les autres, tels que forceps, etc., doivent être soigneusement nettoyés et désinfectés avant et après chaque usage. Lorsqu'ils ont servi à une femme manifestement septicémique, il ne suffit pas de les tremper dans une solution phéniquée, il faut les faire nettoyer par le fabricant. Le thermomètre ne doit jamais être mis que dans l'aisselle.

Pour les mains, l'auteur croit que la désinfection ne suffit que pour les cas ordinaires. Lorsque les mains ont été au contact de matières septiques, l'emploi des désinfectants devient insuffisant; il faut s'abstenir pendant quelque temps de toute intervention obstétricale. Ainsi l'auteur a vu ses accouchées atteintes de fièvre, lorsqu'il avait simplement touché des morceaux de laminaire extraits de l'utérus, et malgré les précautions de lavage et de désinfection dont il s'entourait. Il a vu également un cas de fièvre puerpérale mortelle survenir à la suite d'un examen pratiqué par une sage-femme, et bien que cette sage-femme eût employé pour se désinfecter les mains une solution caustique; la solution avait laissé sur ses mains des traces visibles plusieurs jours après. Pour éviter les inconvénients de repos forcés trop fréquents, l'auteur propose de réserver une main (la gauche, par exemple) exclusivement à l'usage obstétrical. Lorsque les deux mains auront été employées à un usage suspect, il y aura lieu de renoncer quelque temps à toute intervention. La durée de ce repos doit varier suivant la nature des matières infectieuses et suivant la fréquence des lavages auxquels on se soumet. La fréquence des lavages a, aux yeux de l'auteur, plus d'importance que la nature du liquide employé. DE BRINON.

Ein Beitrag zur Statistik der Künstlichen Frühgeburt (Recherches statistiques sur l'accouchement prématuré artificiel, par RUMPE (*Archiv für Gynækologie, Bd. XXI, Heft* 1).

L'accouchement prématuré artificiel a été pratiqué 14 fois à la clinique de Marbourg, dans le cours des cinq dernières années.

La mortalité pour les mères a été de 7 0/0 (sur 14); pour les enfants de 10 0/0. L'accouchement spontané à terme, chez les mêmes femmes, avait donné une mortalité de 73 0/0 pour les enfants. La morbidité pour les mères a été de 21 0/0.

Si l'on réunit à ces 14 cas les accouchements artificiels pratiqués à la même clinique de 1864 à 1877, on obtient un total de 56 cas qui donnent les résultats suivants :

Mortalité pour les mères 7 0/0 (4 sur 56 cas).

Mortalité pour les enfants 39 0/0 (22 morts sur 56 cas).

La mortalité des enfants nés des mêmes mères à la suite d'accouchements spontanés à terme avait été de 80 0/0 (53 morts sur 65 enfants).

Au point de vue étiologique, ces 56 cas se partagent ainsi :

43 bassins plats généralement rétrécis.

6 bassins plats.

4 bassins obliques.

2 bassins uniformément rétrécis.

1 bassin cyphotique à rétrécissement transversal.

Pour les bassins plats généralement rétrécis, l'indication est restée limitée aux rétrécissements du 2e degré (diamètre conjugué vrai de 8, 5, à 7, 0). 8 fois le diamètre conjugué vrai était inférieur à 8 centimètres : il y a eu 4 enfants morts, 4 vivants (50 0/0). 28 fois le diamètre conjugué vrai était de 8, 0, à 8, 5 : il y a eu 9 morts, 19 vivants (68 0/0). 7 fois le diamètre conjugué vrai était supérieur à 8, 5; il y a eu 1 mort, 6 vivants (85 0/0).

L'auteur insiste sur les avantages que présente soit pour la mère, soit pour l'enfant, l'accouchement prématuré artificiel dans les cas où le diamètre conjugué vrai est supérieur à 8, 5.

Les méthodes usitées à Marbourg sont les douches vaginales chaudes, d'abord de 35 à 40° C, que l'on porte plus tard à 45° C. Lorsque les douches ne suffisent pas, on a recours à la bougie introduite entre les membranes et la paroi utérine après dilatation suffisante du col, et dans les cas rares où cette dernière méthode échoue, on emploie la laminaire.

H. DE BRINON.

Zur Behandlung der während der Geburt entstandenen Zerreissungen des Uterus (Traitement des déchirures de l'utérus qui se produisent pendant l'accouchement), par M. HOFMEIER (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 30, 1883).

Huit cas de rupture utérine guéris par le drainage ont été récemment publiés : trois par Frommel, les autres par Graefe, Morsbach, Felsenreich, Mann et Schleisner. L'auteur vient ajouter un nouveau fait à cette série ; mais l'interprétation des faits telle qu'elle a été donnée par les auteurs précédents ne lui paraît pas exacte. Ce n'est pas au drainage, suivant lui, qu'il faut attribuer la guérison, mais à ce que le péritoine n'était pas ou était peu intéressé. Dans trois cas seulement, l'enfant avait réellement passé dans la cavité abdominale ; dans les six autres cas il n'y avait eu qu'une déchirure perforante du col ou une rupture incomplète de l'utérus.

Dans l'observation de l'auteur, il s'agit d'une femme de 29 ans, à son troisième accouchement. Après deux jours de travail, il se produisit une petite hémorragie, et les douleurs cessèrent brusquement au moment où la femme faisait un effort pour se lever sur son lit. L'auteur, appelé à ce moment, constate qu'il s'agit d'un hydrocéphale avec déviation de la tête à gauche ; en arrivant dans la partie supérieure du vagin, le doigt se trouve au milieu de lambeaux de tissus qui pendent de la partie inférieure du col ; la tête est libre dans la cavité abdominale. Cependant les parties fœtales présentaient très peu de mobilité et, en palpant la surface extérieure de la tête, on reconnaissait une membrane élastique fortement tendue sur la tête ; cette membrane se terminait en arrière par un bord libre et se continuait en dehors par une surface absolument lisse. La version fut pratiquée avec beaucoup de précaution, en fixant la tête à travers les parois abdominales, et l'extraction eut lieu après ponction. L'examen interne permit alors de constater une déchirure de la largeur de la main, séparant complètement l'utérus de la partie inférieure du col ; à travers cette déchirure, on pénètre librement dans la cavité abdominale. Il est impossible de reconnaître l'état du péritoine. Néanmoins, voyant l'hémorragie arrêtée, et convaincu que l'enfant n'avait fait que décoller le

péritoine, l'auteur se contente de faire une compression sur le petit bassin et d'introduire un drain dans l'utérus, sans appliquer aucune suture. L'état de collapsus profond dans lequel était la malade cède à l'emploi d'analeptiques énergiques. Le drain tomba au bout de 12 heures par le fait de la garde-malade et ne fut pas remplacé.

Malgré une péritonite, la malade se rétablit et elle sortait guérie au bout de 5 à 6 semaines. L'utérus est bien revenu sur lui-même, mais immobile dans tous les sens ; le col est largement entr'ouvert à gauche ; le doigt pénètre dans une cavité peu profonde qui fait partie de l'espace paramétrique. Le col est entouré d'exsudats de tous côtés.

L'auteur conclut de ce fait qu'il ne faut pas se hâter dans des cas pareils de recourir aux grandes opérations (laparotomie ou opération de Porro).

H. DE BRINON.

Ueber Uterusrupturen, par KALTENBACH (*Archiv für Gynækologie, Band XXII, Heft* 1).

L'auteur appelle l'attention sur ces cas insidieux de déchirure utérine, qui se produisent sans qu'il y ait un obstacle insurmontable à l'accouchement et ne sont pas même précédés de contractions énergiques de la matrice. Dans ces cas où la rupture peut passer complètement inaperçue, la cause doit être cherchée dans le tissu utérin ; il existe soit une cicatrice ancienne, soit un état graisseux des fibres musculaires qui explique l'affaiblissement de la paroi utérine.

Au point de vue prophylactique, il importe donc, lorsque le fœtus est mort et qu'il y a menace de rupture, de recourir le plus tôt possible aux procédés de réduction. Ces procédés peuvent trouver leur application même lorsque la déchirure est accomplie, à condition que la partie fœtale ne soit pas trop éloignée du détroit supérieur.

Lorsque le fœtus est dans la cavité abdominale et qu'il y a rétrécissement, la laparotomie est inévitable. Dans les cas de présentations transversales négligées, il n'y a pas de rétrécissement, l'extraction peut encore se faire par les voies naturelles ; mais là encore la laparotomie est souvent indiquée pour purifier complètement la cavité abdominale.

La réunion par suture de la déchirure peut être nécessaire pour arrêter l'hémorragie : la suture a l'avantage de s'opposer à la pénétration dans l'abdomen des matières infectieuses. Mais on ne doit jamais fermer complètement la plaie abdominale après la suture utérine, parce que le nettoyage de la cavité abdominale ne peut pas être complet.

Le drainage de la cavité abdominale, à l'aide d'un tube introduit dans la déchirure, ne peut donner des résultats que lorsque la déchirure siège en arrière, et que le contenu de l'utérus qui a pénétré dans l'abdomen n'est pas en état de décomposition. Lorsque la déchirure est en avant, lorsque l'utérus renferme des matières infectieuses, la laparotomie est nécessaire pour arriver au nettoyage et à la désinfection complète de la cavité utérine. Les faits sont encore trop peu nombreux pour juger la valeur de l'ablation de l'organe.

D'après Simpson, outre l'éventration et la décollation, l'accoucheur peut encore, dans les cas difficiles, recourir à la spondylotomie.

Battlehner abandonne à la nature les déchirures utérines et croit que l'intervention est toujours inefficace.

Müller considère le drainage comme inutile.

Schatz est aussi partisan de l'expectative et se contente de faire prendre à la femme la position demi-assise dans son lit. H. DE BRINON.

Ueber das active Einschreiten bei Abortus (De l'intervention dans les avortements), par H. SPONDLY (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band IX, Heft* 1).

La pratique de l'auteur, lorsqu'il se trouve en présence d'un avortement incomplet, consiste à explorer avec le doigt la cavité utérine et à en retirer les débris de membranes ou de placenta qui s'y trouvent. Cette manœuvre a lieu pendant le sommeil chloroformique, et est suivie d'injections phéniquées. Pour faire ressortir les avantages de cette méthode, l'auteur publie une série de 53 cas tirés de sa pratique personnelle. Dans la plupart des cas, l'hémorragie qui constituait le principal danger a cessé immédiatement après l'évacuation de la cavité utérine, et les suites ont été favorables. H. DE BRINON.

I. — Weitere Bemerkungen zur Sectio Caeserea legalis, par Max SOMMERBRODT (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 30, *p.* 430, 25 *juillet* 1880).

II. — Ein Beitrag zur geburtshülflichen Operationslehre (2 cas d'opération césarienne; indications de l'opération de Porro), par MARTIN (*Idem, n°* 33, *p.* 477, 15 *août* 1881).

III. — Ueber die Methode des Kaiserschnitts nach Porro, par Fritz LEVY (*Wiener Klinik, VI Jahrg., Heft* 11-12).

IV. — Ueber eine Porro'sche Operation, par DOHRN (*Berlin. klin. Woch., n°* 32, *p.* 494, 6 *août* 1883).

V. — Ueber einen Fall von Kaiserschnitt nach Porro, par MARTIN (*Idem, n°* 10, *p.* 159, 10 *mars* 1884).

I. — Sommerbrodt relate 3 nouvelles opérations césariennes faites immédiatement après la mort de la mère.

Deux des femmes avaient succombé à l'asphyxie par lésion cardiaque; leurs enfants ont été extraits vivants, malgré que l'agonie se soit prolongée 8 heures 1/2.

L'enfant de la troisième femme, qui venait de succomber à l'éclampsie puerpérale, a été retiré mort.

Deux succès sur 3 opérations prouvent suffisamment que l'enfant peut survivre à la mort par l'asphyxie de sa mère. Cela oblige Sommerbrodt à modifier un peu les conclusions (*R. S. M.*, XVII, 617) qu'il avait cru pouvoir tirer des expériences de Zuntz. (*R. S. M.*, X, 443.)

En somme, dans l'espace de 18 mois, on a pratiqué dans la clinique de Gusserow, à la Charité de Berlin, 6 fois l'opération césarienne, soit pendant l'agonie, soit immédiatement après le décès de la mère, et 3 fois on a obtenu des enfants vivants.

II. — 1er *cas*. Femme de 26 ans, au 4e mois d'une première grossesse, hémorragies à la suite d'une chute.

A l'examen, on constate que le bassin est exactement rempli par un myôme cervical de la grosseur des deux poings. Douleurs intolérables et rétention d'urine.

6 semaines plus tard, à titre d'indication vitale, Martin pratique l'opération césarienne. Suture de l'incision utérine avec des fils de soie phéniqués. Guérison sans autre incident qu'un petit abcès de la paroi abdominale. Depuis lors la tumeur du col a rétrocédé.

2e *cas*. Rétrécissement cicatriciel du col, consécutif à de la vaginite et de l'endométrite de la grossesse.

Après avoir incisé sans résultat l'anneau constricteur, Martin fit l'opération césarienne. Suture de l'utérus au catgut. La femme fut prise de coliques utérines avec hémorragie vaginale à laquelle elle succomba 14 heures après l'opération. A l'autopsie on trouva toutes les sutures de catgut libres dans la cavité abdominale.

Martin restreint les indications de l'opération de Porro aux cas où l'impossibilité d'accoucher tient à des anomalies osseuses du bassin, tandis que si la cause de dystocie siège dans les parties molles (rétrécissement ou tumeurs du col) il croit qu'on doit préférer l'opération césarienne antiseptique, dont le pronostic est meilleur.

III. — Lévy, en publiant son mémoire, eut connaissance de 51 opérations de Porro ; 23 des femmes (45,1 0/0) ont guéri et 38 enfants (74,5 0/0) ont été extraits vivants.

Près de la moitié de ces opérations ont été faites en Italie avec une léthalité de 65,2 0/0 ; 12 ont été pratiquées en Autriche avec 66,7 0/0 de guérisons ; 7 en France avec 54,4 de guérisons, et 4 en Allemagne, toutes terminées fatalement.

Les indications opératoires ont été les suivantes : 33 rétrécissements rachitiques du bassin ; 6 rétrécissements ostéomalaciques et 2 rétrécissements par tumeurs. Dans les autres cas, il s'agissait de rétrécissement du vagin, de bassin de naine, d'œdème pulmonaire aigu.

C'est presque toujours une péritonite septique qui a été la cause de mort ; le collapsus, les hémorragies, le tétanos, ont occasionné chacun un décès.

IV. — Cas d'opération de Porro sur une rachitique à bassin extrêmement étroit. Extraction d'un enfant vivant. Dans les 3 premiers jours après l'opération tout marcha bien, puis le ventre se météorisa de plus en plus et la femme succomba le 5e jour.

A l'autopsie, il n'existait de traces d'inflammation péritonéale qu'au voisinage immédiat du moignon utérin. Mais on trouva une anse d'intestin grêle soudée avec le moignon de la paroi abdominale antérieure. Au-dessus de cette anse le calibre intestinal était distendu ; au-dessous il était complètement affaissé.

V. — Cas d'opération de Porro suivi de succès chez une femme à bassin très difforme et profondément débilitée.

Réduction du moignon utérin ; drainage du cul-de-sac de Douglas.

Martin persiste dans son opinion qu'il y a lieu de s'efforcer de perfectionner l'opération césarienne classique afin de réserver l'opération de Porro aux cas du genre du précédent, où il y aurait de trop grands dangers à exposer la femme à de nouvelles grossesses. J. B.

Ueber die Verwendung der Iodoformstäbchen bei der intrauterinen Nachbehandlung im Wochenbette (De l'emploi des crayons d'iodoforme pour le traitement intra-utérin pendant les suites de couches), par E. EHRENDORFER (*Archiv für Gynækologie, Band XXII, Heft* 1).

Depuis le mois de décembre 1881, les crayons médicamenteux d'io-

doforme ont remplacé, à la clinique obstétricale du professeur Spath, à Vienne, les injections intra-utérines antiseptiques dans le traitement des accouchées. Les crayons sont ainsi formulés : iodoforme en poudre, 20 grammes ; gomme arabique, glycérine, amidon pur, 2 grammes, pour 3 crayons de 5 à 6 centimètres de longueur. Chaque crayon renferme ainsi un peu plus de 6 grammes d'iodoforme. D'après les expériences de Kowalski, on peut, sans danger d'intoxication, atteindre la dose de 6 grammes par jour. L'introduction dans l'utérus du crayon d'iodoforme se fait à l'aide d'une pince à polype dirigée par deux doigts de la main gauche portés dans le vagin ; elle doit toujours être précédée d'une injection détersive avec une solution phéniquée à 2 0/0. Un des grands avantages du pansement avec les crayons d'iodoforme est qu'il permet de laisser les organes génitaux dans un repos complet pendant deux et trois jours ; tandis que les injections intra-utérines antiseptiques, pour être efficaces, doivent être renouvelées fréquemment, trois fois par jour, par exemple ; outre les difficultés matérielles que présente un pareil traitement, cette intervention fréquente n'est jamais sans danger. Les cas dans lesquels les crayons d'iodoforme ont été employés à la clinique de Spath sont ou des cas dans lesquels une intervention avait été pratiquée en dehors de la clinique, ou des cas de crâniotomie, décapitation, avec fœtus en état de décomposition putride, des cas de délivrance difficile avec adhérence ou rétention de débris placentaires, etc. En général, le résultat a été prompt et efficace : brusque retour de la température à la normale, diminution et désinfection des sécrétions, etc. Les observations sont au nombre de 27. L'une d'elles est surtout remarquable, en ce qu'elle permet la comparaison entre les injections intra-utérines et les crayons d'iodoforme. L'accouchée avait été prise, au 7e jour, de fièvre intense ; température variant de 39,2 à 40°. Pouls de 110 à 120 : lochies fétides, de coloration foncée ; délire. Pendant 5 jours, on administre de la quinine ; on fait 3 fois par jour des injections phéniquées à 2 0/0 ; l'état ne s'améliore pas ; un érysipèle se déclare, partant des organes génitaux. On commence alors le pansement à l'iodoforme. Dès le lendemain, la température revient à 37,0 le matin et 38,4 le soir : la sécrétion diminue et perd sa fétidité ; et malgré l'extension de l'érysipèle à tout le corps, malgré l'ouverture dans la fesse d'un abcès pelvien, la malade se rétablit.

H. DE BRINON.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

I. — **Ueber den Zustand der Koerpertemperatur bei einigen Formen von Geisteskrankheiten** (De l'état de la température corporelle dans quelques formes de démence, par **BECHTEREW** (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. Band XIII, Heft* 3, *p.* 484).

II. — **Subnormale Temperaturen bei Geisteskranken** (Températures subnormales

chez des déments, par Otto HEBOLD (*Archiv für Psychatrie und Nervenkr., Band XIII, Heft* 3, *p.* 685).

I. — Après avoir passé en revue les principaux travaux antérieurs ayant trait à l'étude de la température corporelle chez les déments, l'auteur expose les résultats de ses propres recherches qui ont porté sur les cas de démence à forme variée. Ces observations ont été publiées in extenso, en langue russe, dans la thèse inaugurale de l'auteur (St-Pétersbourg 1881). Les déterminations thermométriques étaient faites dans le rectum, matin et soir. Chaque fois que la chose fut possible, on relevait parallèlement la température interne et la température périphérique, cette dernière avec le thermomètre de Seguin. Voici ce qui ressort de ces recherches :

Dans les cas de *mélancolie*, la température, pendant la phase d'excitation se maintient au niveau physiologique ou dépasse la normale (dans un cas jusqu'à 40° C.). Pendant la phase de dépression la température va en s'abaissant et peut se maintenir pendant longtemps au-dessous de 36°5, parfois même au-dessous de 35°5 et de 35°, dans les cas de mélancolie grave. La température se relève sitôt qu'une amélioration se produit dans l'état psychique des malades. Quelquefois aussi on note des ascensions brusques et passagères de la température (38 à 40°), quand les malades sont sous le coup d'hallucinations des sens, qui les tirent d'une prostration profonde. Un autre point mis en relief par les recherches de l'auteur, c'est que dans la mélancolie la température interne, contrairement à ce qu'on observe à l'état de santé, se tient à un niveau plus élevé le matin que le soir, surtout pendant la phase dépressive de la maladie. Très souvent la température périphérique était abaissée comparativement aux résultats obtenus chez des sujets bien importants. Quelquefois l'auteur a vu des différences de température de 2°, 3° et même 4° en des points symétriques de la peau, voire dans des cavités naturelles symétriques, telles que les conduits auditifs externes. Ces différences de température parlent en faveur de troubles de la circulation périphérique, tandis que l'abaissement de la température interne, qu'on observe durant la phase dépressive de la mélancolie, serait la conséquence d'un ralentissement de la nutrition. Cette hypothèse s'appuie sur les résultats des analyses d'urines faites par l'auteur.

Dans la manie, la température, durant le stade initial caractérisé par la mélancolie, se tient en général au-dessous du niveau physiologique, tandis que pendant la période d'état caractérisée par des phénomènes d'excitation, la température est quelquefois normale, souvent au-dessus du niveau physiologique ; et souvent aussi elle est sujette à de brusques oscillations. Quand le calme fait place à l'agitation, il est habituel que la température s'abaisse. Dans cette forme de démence la courbe diurne peut également affecter ce que l'auteur appelle le type interverti ; c'est-à-dire que la température se tient à un niveau plus élevé le matin que le soir. La température, à la périphérie, paraissait souvent élevée par comparaison avec des sujets bien portants, et elle présentait des différences en des points symétriques. La cause de l'élévation de la température pendant la période d'agitation réside, selon l'auteur, dans les

contractions musculaires désordonnées, et non dans une activité plus grande des combustions organiques ; car l'examen des urines pratiqué régulièment chez deux malades pendant une période d'observation assez longue a démontré que dans les mêmes conditions d'alimentation les malades rendaient une moindre quantité de matières excrémentitielles pendant les phases d'excitation que pendant les phases de calme.

Dans l'idiotie congénitale ou acquise, la température se tient, en général, au-dessous de la normale. En outre, la courbe des vingt-quatre heures ne présente aucune régularité. On voit survenir des élévations brusques de la température, ordinairement peu considérables, et des abaissements de température beaucoup plus accusés, de façon que celle-ci passe, par exemple, en très peu de temps de 37°5 ou 38° à 36°, 35°5 et même 34°5 (dans le rectum). Bref, dans le courant d'une même journée, la température présente des différences de température allant jusqu'à 2 et 3°. Enfin, chez les idiots l'organisme oppose une moindre résistance aux soustractions de chaleur ; au sortir d'un bain où la déperdition de chaleur, à la surface du corps, n'a été que minime, on observe des abaissements de la température interne allant jusqu'à 0°8, dans des circonstances où chez un sujet sain la température corporelle se maintient à son niveau physiologique. Il semble donc que chez les idiots la calorification soit moins active par rapport à ce qu'elle est dans les circonstances normales.

II. — Après avoir rappelé les principales observations où des températures très basses ont été notées, chez des déments, dans des cas de lésions traumatiques ayant retenti sur les centres nerveux, puis les recherches expérimentales entreprises dans le but de connaître l'influence qu'exercent sur la température corporelle différentes parties des centres nerveux, l'auteur publie quatre nouveaux exemples de températures algides observées chez des déments.

L'auteur, dans les réflexions qu'il a placées à la suite de ces observations, reconnaît qu'il est difficile d'établir un rapport précis entre les altérations nécroscopiques constatées dans ces quatre cas et les températures algides relevées du vivant des malades. L. RICKLIN.

Ueber die künstliche Ernährung (Discussion de la réunion des aliénistes suisses (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 2, p. 46, 15 janvier* 1884).

Tandis qu'à Gœttingue l'alimentation forcée des aliénés au moyen de la sonde œsophagienne est rigoureusement proscrite, ailleurs on en fait un véritable abus, y recourant contre tout refus de nourriture. Challand estime qu'il n'y a lieu ni de repousser absolument l'alimentation artificielle, ni de la prodiguer, quand on pourrait arriver au même but par des moyens plus simples.

Il est des cas où une angine phlegmoneuse est la cause du refus de manger, en même temps qu'elle rend difficile l'introduction de la sonde. Le mieux alors est d'administrer des lavements de peptone ou de dextrine.

A côté des angines, *Martin* mentionne le catarrhe de l'estomac comme motif des aliénés de refuser les aliments. Mais alors la sonde œsophagienne agit merveilleusement en permettant de laver l'organe.

Depuis 27 ans, *Olivet* a entièrement renoncé à l'usage de la sonde. Il place les aliénés récalcitrants dans une baignoire vide et leur applique une douche en pluie, froide, tombant d'une faible hauteur, jusqu'à ce qu'ils consentent à manger.

Au début de sa pratique, *Châtelain* employait plusieurs fois par jour la sonde œsophagienne et plus du tout dans les 3 ou 4 dernières années. Il croit que le plus souvent on arrive au résultat désiré à l'aide de petites ruses, consistant à laisser à la portée des malades, des mets ou du lait qu'ils consomment quand il se croient inaperçus.

Von Speyr ne comprend pas qu'on proscrive l'usage de la sonde, surtout depuis l'invention des sondes molles dont l'introduction nasale est facile. Si on n'y réussit pas du premier coup, il suffit de remplir d'eau l'instrument pour forcer le malade à exécuter des mouvements de déglutition qui font pénétrer la sonde. Toutefois cet artifice ne saurait être employé chez les paralytiques.

Chez les aliénés paralytiques qui avalent facilement de travers, la sonde œsophagienne est préférable à la cuiller. Von Speyr a vu plusieurs malades nourris à la cuiller avoir des pneumonies résultant du passage des aliments dans les voies aériennes. Avec l'alimentation par la sonde, il n'a jamais observé un pareil accident.

La sonde œsophagienne a également un avantage sur les lavements qui sont un excitant pour les conceptions délirantes.

En Angleterre, on use souvent d'une sonde molle fourchue qui, oblitérant les deux narines, oblige le malade à avaler, mais l'instrument simple est préférable. La sonde ne doit pas avoir deux orifices parce qu'elle se replie trop facilement dans le pharynx.

L'alimentation forcée est beaucoup plus souvent nécessaire chez les femmes que chez les hommes. Beaucoup de malades la désirent afin de pouvoir rester fidèles à leurs idées délirantes sans mourir de faim. J. B.

Des hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté, par MAGNAN (*Archives de Neurologie*, *n°* 18, *novembre* 1883).

Les troubles hallucinatoires affectent habituellement les deux parties similaires de l'appareil sensoriel. Parfois cependant on a eu l'occasion de constater l'unilatéralité du phénomène, c'est-à-dire que, dans ces circonstances, le patient ne se trouve influencé que par un œil, par une oreille, etc. Mais c'est sur une particularité encore plus rare que le savant médecin de Sainte-Anne a voulu attirer l'attention. Dans les cas rapportés dans son mémoire, il s'agit bien d'hallucinations bilatérales; les deux côtés sont affectés, mais ils le sont d'une façon tout à fait différente. A droite, par exemple, le malade entend des voix qui l'encouragent, le flattent ou exaltent sa personnalité ; tandis que l'oreille gauche se spécialise, en quelque sorte, pour la perception de paroles désagréables, injurieuses, menaçantes...

Cette dualité symptomatique ne vient-elle pas apporter, comme le fait justement remarquer le Dr Magnan, une preuve de plus à la théorie du dédoublement et de l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux ?

Une des remarques que la lecture de ces intéressantes observations

suggère encore consiste dans l'espèce de subordination du trouble hallucinatoire à la modalité délirante actuelle.

Ainsi, l'hallucination, en tant que manifestation de la vésanie, suit une marche parallèle aux conceptions maladives, et comme celles-ci, après avoir présenté à l'origine, un caractère pénible, elle revêt plus tard, un caractère ambitieux qui se met en harmonie avec les idées expansives du délire.

On sait que chez les hystériques cette dissociation perceptive, cette indépendance des hémisphères cérébraux, sont aisément provoquées, et l'auteur rappelle, à ce propos, les curieuses expériences du Dr Dumontpallier.

Interprétés à leur véritable valeur, tous ces faits viennent prouver que les hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté, sont indépendantes d'une altération locale des organes périphériques et confirmer la théorie de Tamburini qui reconnaît pour siège des hallucinations les centres sensoriels de l'écorce anormalement excités. Jusqu'ici, du reste, toutes les fois que dans les cas de cécité et de surdité psychiques le résultat anatomo-pathologique a pu être fourni, les régions que la physiologie expérimentale avait désignées comme centres sensoriels corticaux ont été trouvées lésées. PAUL GARNIER.

Quelques considérations sur l'évolution du délire dans la vésanie, par GÉRENTÈ (*Archives de Neurologie, nos* 15, 16 *et* 17).

Adoptant complètement l'idée de Guislain, l'auteur se préoccupe de bien établir que le début de toute vésanie est une douleur, un état d'hyperalgésie morale, d'hypochondrie mentale. C'est là le premier stade d'une évolution toujours la même, toujours semblable à elle-même.

A cette phase de concentration pénible va succéder, à moins d'un arrêt ou d'une régression, éventualité encore possible à ce moment, la période dite expansive.

Le malade est dès lors affaibli au point de vue intellectuel ; ses idées deviennent enfantines ; un à un ses dive s motifs de peine vont se perdre dans le passé ; de jour en jour, il s'estime davantage et les idées délirantes revêtent désormais le caractère ambitieux et par cela même un pronostic des plus fâcheux (Magnan, Garnier, etc.). C'est la dissolution du délire, c'est la démence imminente.

De là se dégage cette loi générale : dans le délire chronique, la période expansive ne fait que succéder à la période de dépression. P. G.

Remarks on cases of katatonia, par HAMMOND (*New York medical journal*, 5 *mai* 1883).

Cette forme de folie, décrite pour la première fois par Kahlbaum, est caractérisée par des périodes alternantes, plus ou moins régulières, de manie aiguë, et de mélancolie accompagnée d'accès épileptiformes et cataleptiformes, avec exaltation délirante et tendance au dramatisme. La maladie est parfois annoncée par des prodromes, qui consistent en douleurs de tête, vertiges, insomnie et irritabilité ; elle peut débuter par une

convulsion épileptiforme, ou bien les symptômes de mélancolie ou d'exaltation peuvent se montrer en premier lieu. La série s'établit ensuite : phénomènes cataleptoïdes accompagnant ou suivant la mélancolie, qui se présente d'ordinaire sous la forme de mélancolie avec stupeur ; puis survient une période d'excitation accompagnée de troubles sensoriaux, d'illusions et d'hallucinations ; la mélancolie reparaît ensuite, plus ou moins modifiée, avec état cataleptoïde des muscles et tendance aux paroles et aux gestes dramatiques. A certains moments, durant le cours de la maladie, il peut se produire des convulsions, ou un état tétanique parfois très prolongé. La masturbation est fréquente et durant la période d'excitation le malade est enclin aux actes de violence.

Voici le résumé de l'observation la plus démonstrative : Un malade est amené dans le cabinet de consultation de l'auteur ; sa démarche est celle d'un prince ; aux questions qu'on lui adresse il répond par un regard dédaigneux et par la phrase suivante : « Et le Seigneur parla à Moïse, disant. » Après information on apprend que depuis huit jours il est tombé, sans cause connue, dans un état de mélancolie avec stupeur, demeurant la plupart du temps silencieux et dans un état de complète immobilité. Les membres sont dans l'état cataleptoïde et conservent pendant près d'un quart d'heure toutes les attitudes qu'on leur donne. Pendant toute la durée de l'examen le malade continue à répéter à haute voix : « Et le Seigneur parla à Moïse, disant. » Les pupilles sont égales, fortement dilatées et réagissent imparfaitement à la lumière. Au moment où on veut conduire le malade à la chambre ophtalmoscopique, il devient raide comme une barre de fer et tous les muscles prennent une rigidité tétanique ; on est obligé de renoncer à le faire asseoir (bromure de sodium, 4 grammes par jour).

Cinq jours après, seconde visite ; le malade est alors dans un état d'extrême excitation ; il entre dans la chambre d'un pas délibéré et commence aussitôt un long discours sur les beautés du système solaire ; les phrases sont intelligibles et suivies, sauf qu'il les termine toutes invariablement par ces mots : « Et la nuit disparaîtra. » Depuis la visite précédente il a eu plusieurs attaques convulsives sans perte de connaissance ; puis la mélancolie a cessé brusquement, et dès lors il n'a fait autre chose qu'improviser des discours ou déclamer des vers de Shakespeare et d'autres poètes ; il est devenu irritable, et dans la rue il a renversé le chapeau d'un individu parce qu'il s'imaginait que cet homme lui faisait une grimace en passant. Interrogé par l'auteur il répond d'un ton sec et en scandant ses mots ; il se figure qu'il va être nommé directeur de tous les théâtres avec de gros appointements (continuer le même traitement).

Cinq jours plus tard, à la troisième visite, le calme est revenu, sans mélancolie bien marquée ; le malade ne parle pas de lui-même, mais répond aux questions. La tendance cataleptique a reparu, et de temps en temps, sans provocation, le malade prend des attitudes plastiques, qu'il conserve plus ou moins longtemps (Ajax défiant la foudre, sept minutes ; Apollon du Belvédère, sept minutes ; Gladiateur mourant, trois ou quatre minutes seulement). — Sous l'influence prolongée du bromure de sodium, ces symptômes ont disparu en quelques jours et depuis lors il n'y a pas eu de nouveaux accidents.

Le pronostic de la catatonie paraît être plutôt favorable : dans tous les faits qu'il a observés, Hammond a vu les accidents céder rapidement au bromure de sodium. H. BARTH.

Recherches cliniques sur la folie avec conscience par MARANDON DE MONTYEL (*Arch. de neurologie*, 1882).

L'expression « folie avec conscience » est une des plus vagues de la pathologie mentale. Aussi l'auteur a-t-il eu soin de préciser, après avoir montré combien sont nombreuses les acceptions du mot conscience, dans quel sens il l'emploie au cours de son étude.

C'est aux seuls malades qui méditent sur leurs troubles psychiques et, les analysant, y reconnaissent un caractère morbide, que l'auteur a voulu borner ses recherches cliniques qui ne portent pas sur moins de quarante observations.

Les principales conclusions qui se dégagent de cet intéressant travail sont les suivantes :

L'état de conscience est ordinaire au début de toutes les vésanies et d'un grand nombre de cas de paralysie générale. S'il peut encore se rencontrer au cours de ces affections, il est relativement rare à la terminaison des vésanies.

La conscience est, en aliénation mentale, tantôt un élément constitutif, tantôt un élément surajouté. Elle est un élément constitutif dans l'hypo chondrie morale, l'agoraphobie, le délire du doute et les folies impulsives. L'auteur l'a observée comme élément surajouté dans les diverses variétés de manies, la lypémanie aiguë, la stupidité, la folie circulaire, la lypémanie anxieuse, la panophobie, le délire des persécutions, la lypémanie ambitieuse, l'érotomanie.

Les aliénés conscients de ces deux groupes sont, pour le très grand nombre, des héréditaires appartenant aux classes instruites et aisées de la société.

La conscience, en aliénation mentale, peut être complète ou incomplète. Quand elle existe à l'état de parfaite intégrité avec des troubles sensoriels isolés, il s'agit d'hallucinations compatibles avec la raison. L'existence de la demi-conscience ne paraît pas conciliable avec le délire général, sauf peut-être dans la forme circulaire.

La conservation de la conscience aggrave le pronostic. Non seulement elle impose aux patients le supplice affreux d'assister impuissants aux désordres de leurs facultés, mais elle conduit au désespoir, au suicide réfléchi, par dégoût de la vie. Cette redoutable complication atteint, d'après les observations de l'auteur, la proportion considérable de 34,2 0/0.

Les aliénés conscients sont peu curables ; s'ils guérissent, ils rechutent assez rapidement. Toutefois chez eux, la démence est rare et tardive.

Après l'hérédité, l'hystérie et l'alcoolisme sont les deux facteurs principaux de l'étiologie de la folie consciente. En dehors de l'alcoolisme, la conservation de la conscience est incontestablement plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Les folies conscientes paraissent se montrer de préférence chez la femme à la période de la ménopause.

Les conceptions délirantes impliquent toujours la complicité de l'intellect et l'inconscience absolue; seules les représentations mentales peuvent être conscientes. Les troubles qui se concilient le mieux avec la conservation de la conscience sont, par ordre de fréquence : l'obtusion intellectuelle, les troubles de l'émotivité, les modifications du caractère et des instincts, les perversions lypémaniaques de la sensibilité, l'exaltation cérébrale.

Les idées mégalomaniaques paraissent exclusives de la conservation de la conscience.

L'hallucination est, de tous les éléments du délire, celui que la conscience apprécie le plus difficilement. PAUL GARNIER.

Note sur un cas de folie sympathique, par PONS (*Ann. méd. psych.*, 1882).

Cette observation mérite d'être consignée parmi les faits qu'on peut citer à l'appui de la doctrine de la folie sympathique; elle remplit, en effet, la condition la plus importante à savoir, marche parallèle des troubles psychiques et de l'affection extra-cérébrale. Il s'agit d'une dame atteinte d'excitation maniaque avec troubles hallucinatoires, chez laquelle on reconnut la présence d'un tænia. — Divers amendements succédèrent à l'administration d'un tænifuge qui, chaque fois, expulsa de nombreux anneaux; finalement une dose de kousso débarrassa la malade de son ver solitaire, dans son intégrité, et immédiatement le délire disparut.

Il convient d'ajouter que l'absence de tout vice héréditaire fut, dans ce cas, dûment constatée. Est-ce une guérison définitive ou bien n'est-ce que la guérison d'un accès? Toujours est-il que pendant plus d'un an, aucune rechute n'était encore survenue. P. G.

Note sur la mégalomanie ou lypémanie partielle avec prédominance du délire des grandeurs, par A. FOVILLE (*Annales méd. psych.*, 1882).

Le délire ambitieux, tout le monde le reconnaît, est très fréquent chez les aliénés, et il est permis d'avancer qu'il y a peu de formes d'aliénation mentale dans lesquelles on ne puisse le rencontrer au moins d'une manière accessoire et secondaire. Mais si, laissant de côté tous les cas dans lesquels il n'a pas de valeur spécifique, on se contente de prendre en considération ceux dans lesquels le délire des grandeurs se présente avec une prédominance assez marquée pour imprimer à l'affection un caractère presque pathognomonique on constate que ces cas constituent surtout deux groupes bien distincts : l'un appartient à la paralysie générale, l'autre à ce que l'on a appelé le délire partiel ou monomanie. Entre ces deux groupes la distinction est ordinairement assez facile. Dans la paralysie générale le délire ambitieux est diffus, mobile, incohérent, généralisé, absurde; dans le délire partiel, au contraire, il est fixe, précis et systématisé d'une manière logique et progressive. C'est surtout à Foville que l'on doit d'avoir bien fait saisir que ce dernier délire est d'ordinaire associé au délire des persécutions dont il marque le plus haut degré de systématisation de l'aliéné persécuté, qui en arrive à se dire que tant d'acharnement déployé contre lui ne peut s'adresser à l'humble personnage qu'il croyait être, mais bien au représentant d'une illustre famille,

a l'héritier d'un grand nom et d'une immense fortune. Cette pathogénie a été acceptée par la grande majorité des aliénistes et c'est pour l'affirmer à nouveau que l'auteur a présenté cette note au Congrès de Londres de 1881.

La mégalomanie a donc été ainsi reliée à la lypémanie, à l'histoire de laquelle elle appartient en propre. Dans ces dernières années, divers auteurs, Magnan, Gérente, etc., se sont, de plus, attachés à montrer quelle valeur pronostique comporte ce délire ambitieux terminal, l'apparition de ces idées de grandeurs étant comme l'estampille de la chronicité, le signe de la déchéance intellectuelle. P. GARNIER.

De la folie à double forme : circulaire, alterne, par E. MORDRET (*in-8°, Paris,* 1883).

La folie dite à double forme est cette espèce d'aliénation mentale que les travaux de Falret père et Baillarger ont fait admettre dans le cadre nosologique et qui est essentiellement caractérisée par la succession de deux états psychiques opposés, la dépression et l'excitation, quel que soit d'ailleurs l'ordre de cette succession.

Cette variété de folie a encore été décrite sous le nom de folie alterne, de folie circulaire, dénominations qui peuvent servir, du reste, comme le remarque l'auteur, à désigner les différentes modalités sous lesquelles elle se présente. En effet la succession de deux états qui donnent lieu à ce genre de désordre mental est susceptible de se produire de trois manières :

(*a*) Tantôt ces deux états se suivent sans interruption bien appréciable et d'une manière presque indéfinie (folie alterne);

(*b*) Ou bien, ils sont séparés l'un de l'autre par un intervalle plus ou moins lucide ou plus ou moins long (folie circulaire);

(*c*) Tantôt enfin, il n'y a qu'un seul intervalle lucide qui survient après l'évolution d'un accès de folie, composé de deux périodes consécutives de dépression et d'excitation (folie à double forme).

De nombreux exemples de ces divers modes de la même espèce morbide sont relatés dans ce travail et commenté longuement afin qu'on en saisisse toute la valeur.

Toutefois on constate que pour beaucoup de ces cas, la forme cyclique ou régulièrement alternante n'est point nettement caractérisée et l'auteur est du reste le premier à en convenir.

Avec un peu de bonne volonté on finit par découvrir le type circulaire ou alternant dans nombre de maladies mentales. On avait ainsi déjà décrit la paralysie générale à double forme et le Dr Mordret, à son tour, vient affirmer l'existence de ces alternatives de dépression et d'excitation dans les folies impulsives, dans ce qu'il appelle les monomanies ? Dans l'épilepsie, dans l'hystérie et dans l'idiotie même. Hâtons-nous de lui rendre cette justice qu'il s'est aperçu qu'en voulant trop généraliser on arrivait fatalement à discréditer l'entité morbide en question qui n'est déjà pas admise sans conteste et il conclut qu'il s'agit là d'une complication et que ce serait un tort de reconnaître une variété circulaire dans tous les genres de folie.

Recherchant ensuite quelle peut être la nature de cette espèce d'alié-

nation, quelles peuvent en être les causes premières, il passe en revue les théories proposées pour l'explication du mécanisme pathogénique, et est conduit à en proposer une qui est basée sur les modifications que subit la circulation célébrale, et surtout celle des méninges, sous une influence vaso-motrice.

Ce n'est pas là le point le moins intéressant de cette consciencieuse étude.

PAUL GARNIER.

De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie, par MARANDON DE MONTYEL (*An. méd. psych.*, 1883).

Frappé de l'indécision des opinions qui règnent actuellement au sujet de l'influence de la fièvre typhoïde sur le développement des perturbations mentales, l'auteur s'est attaché à déterminer d'une façon plus exacte le rôle étiologique de la dothiénenterie. Tout d'abord il faut s'appliquer à discerner, en pareil cas, ce qui revient à la prédisposition vésanique et à distinguer, ensuite, les délires pertyphiques et les délires postyphiques. Les premiers, en rapport direct de causalité avec la fièvre continue, naissent et meurent avec elle ; ils se subdivisent en délires initiaux, délires de la période d'état, délires de la convalescence.

Les délires initiaux diffèrent chez les prédisposés vésaniques et les non prédisposés. Peu intenses chez ceux-ci, ils peuvent, au contraire, chez ceux-là, revêtir la forme de la manie congestive avec violente agitation et entraîner par erreur la séquestration dans un asile.

Les délires de la période d'état appartiennent à la catégorie des délires fébriles.

Quant aux délires de la convalescence, ils sont toujours constitués par une obtusion intellectuelle intense, à laquelle s'ajoutent, le plus souvent des conceptions délirantes, niaises, à forme lypermaniaque et mégalomaniaque, ainsi que diverses hallucinations.

Les délires initiaux dépendent de la congestion cérébrale ; les délires de la convalescence, de l'anémie, de la fatigue cérébrale.

Les délires postyphiques sont ceux qui poursuivent leur cours après le rétablissement complet de l'organisme, et contrairement aux troubles intellectuels pertyphiques, ils sont généralement incurables.

Considérée au point de vue de son action sur la marche de l'aliénation mentale, la fièvre typhoïde améliore ou guérit les cas curables, mais laisse intacts ou aggrave les cas chroniques. PAUL GARNIER.

La paralysie agitante examinée comme cause de folie, par PARANT (*An. med. psych.*, 1883).

L'auteur relate une intéressante observation de paralysie agitante compliquée d'un veritable état d'aliénation mentale, avec illusions et hallucinations visuelles terrifiantes, idées de persécutions, perversion de la sensibilité générale, etc. Ce fait viendrait confirmer les données émises par le professeur Ball sur la coexistence de la maladie de Parkinson et de la folie.

Le Dr Parant, établissant un rapprochement avec les phénomènes déli-

rants récemment signalés dans le cours du tabes dorsalis (Pierret thèse de Rougier), se montre disposé à attribuer la production des troubles intellectuels de la paralysie agitante à l'existence de lésions anatomiques assez inconstantes qui s'étendraient parfois de la moelle vers le cerveau.

PAUL GARNIER.

Ueber Phosphorsäureausscheidung bei Paralysis agitans und verwandten Form der Zitterlähmung (De l'excrétion d'acide phosphorique dans la paralysie agitante et les formes voisines du tremblement paralytique), par C.-A. EWALD (*Berlin. klin. Woch.*, 6 *et* 13 *août et* 22 *octobre* 1883).

Chéron (*R. S. M.*, XI, 625) a signalé l'existence d'une phosphaturie dans la paralysie agitante. Au contraire, Gürtler (*Westphal's Archiv*) n'a trouvé dans la même maladie aucune augmentation des urines ou de leur teneur en acide phosphorique ; mais ses observations étaient peu prolongées et faites sur des malades dont le tremblement était peu intense.

Ewald a repris ces recherches à l'hospice des Incurables femmes de Berlin, sur 12 pensionnaires atteintes : 4, de paralysie agitante, 4, soit d'athétose posthémiplégique, soit de tremblement paralytique, soit de tremblement sénile, et les 4 dernières (servant de contrôle), affectées l'une de lésion mitrale, la seconde de démence, et les 2 autres d'affections thoraciques chroniques.

Ces 12 pensionnaires avaient le même âge, le même régime alimentaire et la même vie inactive.

L'acide phosphorique de l'urine fut dosé par le nitrate d'urane.

Dans un cas très intense de paralysie agitante, la moyenne de 33 jours d'observation donna comme quantité d'acide phosphorique éliminée quotidiennement : $1^{gr},32$; pour l'athétose, la moyenne de 20 jours fut $1^{gr},25$; pour le tremblement hémiplégique, celle de 10 jours fut de $0^{gr},94$; pour l'un des tremblements séniles, la moyenne de 20 jours fut $0^{gr},92$, et pour l'autre, la moyenne de 18 jours, $0^{gr},74$.

Chez les malades où les recherches étaient faites à titre de comparaison, la moyenne d'acide phosphorique excrétée durant 13 jours d'observation fut de $1^{gr},2$ pour l'une des femmes atteintes de catarrhe respiratoire, et de $1^{gr},1$ pour la démente ; elle fut de $0^{gr},9$ durant 23 jours pour l'autre femme atteinte de catarrhe, et de $0^{gr},74$ durant 12 jours d'observation dans le cas d'insuffisance mitrale.

On voit que les différences sont insignifiantes entre les 2 catégories de malades, ce qui prouve que l'élimination de l'acide phosphorique dans les tremblements n'offre rien de caractéristique.

Ewald insiste sur les résultats contradictoires auxquels les observateurs sont arrivés en s'obstinant à prendre pour mesure des échanges nutritifs l'excrétion d'acides et de sels minéraux par l'urine, qui n'exprime en fait que les quantités qui en circulent dans le sang.

Ewald explique que les recherches tendant à établir un rapport entre les quantités d'acide phosphorique et d'azote éliminées et l'activité de la nutrition dans tel ou tel département de l'économie, reposent sur des inductions erronées ; telles sont les expériences de Zuelzer (*R. S. M.*, XI, 48).

J. B.

Contribution à l'étude des guérisons tardives de la folie, par GIRAUD (*An. med. psych.*, 1883).

Lors de la discussion soutenue, en 1882, à l'Académie de médecine sur la question du divorce pour cause d'aliénation mentale, M. Luys a contesté énergiquement, on le sait, la possibilité de la guérison de la folie après quatre années d'un état chronique confirmé. Les protestations n'ont pas manqué contre une telle assertion et le Dr Giraud s'est préoccupé, à son tour, d'en vérifier l'exactitude, en se livrant à des recherches consciencieuses. De la série de faits qu'il a relevés, il résulte que, en nombre de circonstances, la guérison a été constatée, complète, franche et sans rechute, après un séjour à l'asile qui a varié entre seize et six ans. Ces observations s'appliquent à des cas de manie et de lypémanie.

P. G.

Sur la théorie de la paralysie générale. — De la folie paralytique et de la démence paralytique considérées comme deux maladies distinctes, par BAILLARGER (*An. med. psych.*, 1883).

Dans un mémoire publié en 1858, M. Baillarger prenait à tâche de prouver qu'il existe, dans la forme maniaque de la paralysie générale, deux maladies distinctes, l'une, la principale, qui devait être appelée : démence paralytique; l'autre, accessoire, sorte de folie d'une nature spéciale pour laquelle il proposait la dénomination de manie ou folie congestive. Cette opinion, en raison même de la grande et légitime autorité de celui qui l'émettait attira vivement l'attention des aliénistes, fut l'objet de vives controverses et, en définitive, rallia peu de partisans.

C'est, de nouveau, à la défense de cette théorie, dite dualiste, par opposition à la conception unitaire de l'encéphalite interstitielle diffuse, adoptée depuis les travaux de Bayle, que M. Baillarger consacre l'intéressant travail inséré dans les annales médico-psychologiques.

Seulement, tout en tenant haut et ferme l'étendard du dualisme, il semble faire comme une concession à l'opinion adverse, en substituant le terme « folie paralytique » à celui qu'il employait autrefois « manie congestive ».

Mais il maintient que ce délire a une existence indépendante, bien qu'il accorde que ce soit une folie *cum materiâ*.

Quand la paralysie générale, ou *démence paralytique*, se déclare, ce n'est qu'un fait secondaire et afin de démontrer que la théorie dualiste repose sur une base solide, il emprunte ses arguments à l'histoire des faits cliniques, à l'anatomie et la physiologie pathologiques.

Voici, du reste, les principales conclusions de cet important mémoire:

La paralysie générale n'a que deux ordres de symptômes constants et pathognomoniques : les symptômes de démence et de paralysie. Elle est essentiellement une démence paralytique, laquelle parcourt souvent toutes ses périodes sans que le malade ait de conceptions délirantes. Elle a donc une existence indépendante de la folie.

Il existe une espèce de folie caractérisée par des conceptions délirantes ambitieuses et hypochondriaques, offrant des caractères spéciaux

et auxquelles s'associent le plus ordinairement des symptômes d'ataxie musculaire.

Cette espèce de folie considérée jusqu'ici selon les cas, tantôt comme une folie simple, tantôt comme une forme de paralysie générale, a une existence qui lui est propre. Elle constitue toujours une menace de paralysie générale et pourrait être dénommée folie paralytique. C'est à elle que se rattachent tous les cas décrits dans ces dernières années sous le nom de pseudo-paralysie générale, au moins tous ceux qui présentent la forme vésanique.

La folie paralytique peut se terminer par la guérison, quelquefois par la démence simple sans paralysie, mais dans le plus grand nombre des cas, elle aboutit à la démence paralytique. De même, elle peut éclater chez des malades déjà atteints de paralysie générale, et constitue alors une véritable complication.

Les accès de folie paralytique qu'on observe comme complication au début de l'encéphalite chronique guérissent assez souvent, mais la maladie primitive etprincipale poursuit son cours. C'est ce qu'on appelle les rémissions de la paralysie générale. PAUL GARNIER.

De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale, par J. SAUTON (*Thèse de Paris*, 1883).

La première partie de ce travail est consacrée à établir l'importance de la transmission héréditaire des maladies en général et spécialement des psychopathies, simple résumé des opinions émises par les différents auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Après avoir ainsi montré le rôle capital de l'hérédité morbide dans la genèse de la folie, l'auteur s'applique à rechercher si cette influence ne se fait pas également sentir sur les malades atteints d'encéphalite interstitielle diffuse, ou, en d'autres termes, si la diversité des conceptions délirantes des paralytiques généraux ne reconnaît point la même cause que les troubles psychiques, dont sont affectés les aliénés proprement dits. Des quatre-vingts observations qu'il rapporte, il se croit un droit de conclure que le délire n'apparaît dans le cours de la paralysie générale que lorsqu'il y a prédisposition héréditaire à la vésanie, opinion qui doit faire ranger l'auteur parmi les partisans de la théorie dualiste dont M. Baillarger s'est fait le défenseur le plus autorisé. P. G.

Documents statistiques pour servir à l'étude des conditions pathogéniques de la paralysie générale, par LUYS (*Union médicale*, 13 décembre 1883).

L'auteur a fait porter ses recherches sur 140 paralytiques généraux appartenant à un milieu élevé dans la société. Les deux extrêmes de l'âge sont compris entre 27 et 61 ans ; l'âge moyen est 43 ans pour les hommes, 40 pour les femmes. Sur 140 sujets, il n'y a que 4 femmes contre 136 hommes. Luys a été frappé de la petitesse relative de la taille des paralytiques : les hommes de petite taille sont au nombre de 55 (39 0/0) ; ceux de taille moyenne, 80 (57 0/0) ; ceux de grande taille, 5 (3 0/0). Cette proportion semblerait établir que les premiers, moins bien pourvus en matière cérébrale, ont aussi moins de résistance. 59 individus étaient célibataires (42 0/0), 81 étaient mariés (58 0/0).

Les ménages paralytiques sont, en général, stériles. Sur 81 unions, il y en a 28 stériles (34 0/0), 53 fécondes (66 0/0). Sur ce chiffre de 53 unions fécondes, le nombre des enfants était de 80, soit 1,50 par mariage, ce qui est en disproportion avec la maladie dans les familles normales (2,73 — à 2;54 0/0).

Les 59 célibataires et les 27 stériles forment un total de 86 individus inféconds, soit 61 0/0.

Non seulement le nombre des enfants est rare dans les familles de paralytiques, mais encore ces enfants sont irréguliers dans leur développement tant physique que moral. Luys a observé 4 idiots, 10 imbéciles, de nombreux lymphatiques; fréquemment des migraines, des céphalalgies tenaces, des tics, etc.

Au point de vue de l'étude des ascendants, Luys a vu que l'état mental de la mère a un retentissement profond sur sa progéniture mâle. La plupart des mères de paralytiques sont ou très émotives ou très faibles d'intelligence. Souvent elles présentent des troubles psychiques, pathologiques.

L'étude des collatéraux, des frères et des sœurs met de plus en plus en saillie cette donnée que la paralysie générale qui éclate chez un individu n'est pas un fait imprévu, mais bien le résultat d'influences multiples totalisées sur un seul individu ; dix-neuf fois sur vingt, les frères et sœurs ont des allures spéciales dans leur manière d'être, dans leur caractère, tracassier ou insouciant, craintif, etc. H. L.

L'albuminurie principalement dans ses rapports avec l'accès épileptique, par G.-M. FIORI (*Archives de Biologie*, t. Ier, fasc. 111, p. 406, 1882).

Pendant l'attaque d'épilepsie, ainsi que dans toutes les autres attaques convulsives, il peut se produire de l'albuminurie; celle-ci est due à un trouble vaso-moteur par irritation du bulbe. Après avoir discuté la pathogénie de l'albuminurie en général, l'auteur conclut que la condition nécessaire, essentielle de sa production, réside dans l'altération des parois des vaisseaux rénaux, que celle-ci soit due à la perte de tonicité des tuniques artérielles comme on l'observe à la suite des paralysies vasomotrices, ou à une modification de structure des parois elles-mêmes.

C. GIRAUDEAU.

On some post epileptic phenomena (Quelques phénomènes post-épileptiques), par Julius ALTHAUS (*Brit. med. journ.*, p. 316, *août* 1883).

L'auteur insiste sur certaines formes de délire persistant, systématisé, qui se montrent longtemps après que les suites matérielles des accès d'épilepsie sont dissipées. Il cite l'exemple d'une dame qui après ses attaques avait de temps en temps, la nuit, des phénomènes singuliers; elle se réveillait, disait des paroles incohérentes, puis se rendormait; le lendemain matin, elle était bien et n'avait aucune conscience de ce qui s'était passé. Plus tard elle avait éprouvé de singulières illusions : elle était convaincue, par exemple, qu'un coq qui chantait dans une cour voisine lui répétait intentionnellement un nom qui lui déplaisait. Dans d'autres cas, l'auteur cite des exemples d'hallucination, d'excitation reli-

gieuse, avec perte absolue du souvenir de ces idées, une fois que la crise est passée. Ces sortes d'accès délirants peuvent être aigus ou chroniques, et, dans ce dernier cas, les sujets passent par des phases de mutisme, d'hébétude absolue, de morosité. Ces formes de délire chronique sont, en général, incurables. H. R.

Contribution à la physiologie pathologique de la région corticale du cerveau et de la moelle dans l'empoisonnement par l'alcool éthylique et l'essence d'absinthe, par DANILLO (*Archives de Phys.*, 1882).

1° L'influence de l'alcool sur les fonctions motrices du cerveau est analogue à celle des autres agents anesthésiques;

2° L'influence déprimante et inhibitoire de l'alcool éthylique à grandes doses porte sur toute l'étendue de l'axe cérébro-spinal, sans abolir les fonctions des nerfs moteurs périphériques;

3° En conséquence, les phénomènes dus à une irritation locale ou diffuse du système nerveux central seront modifiés ou même abolis complètement par l'action de cet agent;

4° La marche des attaques convulsives consécutives à l'excitation de la zone corticale motrice du cerveau, de même que les attaques dues à l'action de l'essence d'absinthe, sont arrêtées par l'injection intra-veineuse d'alcool;

5° Après l'injection de petites doses d'essence d'absinthe, les phénomènes de l'empoisonnement par cette substance sont arrêtés complètement par l'alcool, et les influences relatives de ces deux substances se contrarient mais ne se surajoutent pas;

6° Au contraire, après l'action de l'essence d'absinthe et de l'alcool à grandes doses, les influences dues à l'action de ces deux substances ne peuvent que se surajouter et amener la mort;

7° L'alcool n'est pas un antagoniste véritable pour l'essence d'absinthe, de même qu'il ne l'est pas pour la strychnine;

8° L'action de l'essence d'absinthe à doses variées et réitérées est analogue à celle de la strychnine, avec cette différence que, dans l'empoisonnement par la strychnine, les troubles des fonctions psychiques n'ont pas encore été observés chez les animaux, et que l'abolition des fonctions des nerfs moteurs périphériques n'a pas été constatée dans l'intoxication par l'essence d'absinthe;

9° L'essence d'absinthe offre à la pathologie expérimentale du système nerveux central un moyen de recherches précieux et unique encore à cause de son évolution par périodes distinctes et successives en ce qui touche les troubles de la mobilité et ceux des fonctions psychiques chez les chiens. V. H.

I disturbi spinali nei pazzi pellagrosi (Les troubles spinaux chez les fous pellagreux), par TONNINI (*Riv. sper. di fren e di med. leg.*, *fasc.* 2 *et* 3, 1883).

La paralysie est très fréquente chez les pellagreux au troisième degré, surtout dans les membres inférieurs. Les muscles respiratoires ne sont jamais atteints isolément: il n'y a pas de troubles paralytiques dans le champ du facial, sauf dans la période préagonique. Chez les autres pella-

greux, la parésie est moins intense; elle domine aussi dans les membres inférieurs, mais atteint quelquefois les membres supérieurs.

Il y a souvent tension exagérée des muscles dans les régions parésiées, principalement des muscles fléchisseurs. Cette tension, dans les cas typiques, n'est pas modifiée par le sommeil et coïncide avec l'exagération des réflexes tendineux. Quelquefois c'est un phénomène volontaire; dans ce cas l'exagération des réflexes manque et la tension cesse pendant le sommeil. L'examen électrique exclut la possibilité de la prédominance des fléchisseurs sur les extenseurs parésiés. Il s'agit là d'une contracture tétanoïde, s'accompagnant d'une notable élévation de température. On observe des cas de tétanie et de spasmes cloniques. Il n'y a pas d'analogie notable avec l'épilepsie. Souvent la marche est saccadée, spasmodique. Tous ces phénomènes irritatifs sont plus accentués au troisième degré de la pellagre.

L'incoordination des mouvements appartient de même plutôt au troisième stade. Elle est plus rare et plus facile à vérifier dans les membres supérieurs. Elle coïncide avec des anomalies de la sensibilité musculaire.

L'excitabilité faradique est diminuée au troisième degré de la pellagre. La différence normale entre les fléchisseurs et les extenseurs est exagérée : pourtant il y a des cas dans lesquels les fléchisseurs présentent une excitabilité moindre que les extenseurs, bien qu'ils soient fortement contracturés. Donc la contracture n'est pas due à l'antagonisme prédominant des fléchisseurs sur les extenseurs parésiés. Dans les autres stades l'excitabilité faradique est diminuée, mais moins notablement que dans le troisième. Dans celui-ci quelquefois cependant elle peut être augmentée.

L'émission des urines est presque constamment troublée dans le troisième degré. Il y a ischurie et rétention, en même temps qu'état spasmodique des autres appareils musculaires; et plus tard incontinence, quand arrive la résolution musculaire et la démence. F. BALZER.

Ueber den pathologischen Befund beim Hirn von Verbrechern und Selbstmördern (Cerveaux de criminels et de suicidés), par FLESCH (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 1, p. 16, 1er janvier 1884*).

Complétant ses communications antérieures (*R. S. M.*, XX, 242), Flesch résume ainsi les résultats de ses recherches anatomo-pathologiques sur les cerveaux de criminels.

Il n'existe pas un type de cerveau spécial aux criminels. En revanche, chez eux, ainsi que chez les suicidés, on observe, tant sous le rapport morphologique que sous le rapport clinique, des anomalies du cerveau remarquables par leur fréquence.

Les premières consistent soit en malformations (scissure de Sylvius largement béante et laissant à découvert l'insula; conformation défectueuse de la faux du cerveau; existence d'un lobe moyen du cervelet; disposition anormale des vaisseaux de la base, tenant à un mode insolite de ramification de l'une des carotides), soit en irrégularités des circonvolutions, sans que celles-ci correspondent à un type défini, comme l'admet Benedikt (*R. S. M.*, XVIII, 222).

Au point de vue clinique, les cerveaux de criminels offrent souvent des

lésions complètement analogues à celles des aliénés. Il convient de citer en tête les altérations des méninges, d'autant plus remarquables qu'elles se présentent à un âge relativement peu avancé.

Jamais Flesch n'a retrouvé ces anomalies dans les nombreux cerveaux d'individus non criminels qu'il a examinés avec le même soin. C'est, du reste, la conclusion à laquelle étaient déjà arrivés Giacomini et Sernou.

J. B.

Zur Casuistik der Atlassynostosen (Contribution à l'étude des synostoses de l'atlas), par W. SOMMER (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band. XCIV, Heft* I, p. 12, 1883).

L'auteur, attaché à l'hospice des aliénés de Allenberg, rencontre deux crânes anatomiquement préparés sur lesquels il existait une soudure de l'atlas de l'occipital. Cette particularité paraît être en relation avec les phénomènes pathologiques présentés par les malades : tous deux, en effet, étaient des épileptiques.

Le premier, après une nuit passée dehors par un temps humide, est pris de douleur dans la nuque et dans le pharynx. A ces phénomènes succède une immobilisation de la tête qui se trouve penchée en avant. Les mouvements de rotation latérale sont devenus très difficiles. Bientôt surviennent des attaques épileptiques, avec diminution progressive des facultés intellectuelles.

A l'autopsie, on constata une soudure, une ankylose atloïdo-occipitale avec déplacement de l'atlas d'arrière en avant. De plus des ostéophytes tendaient encore à rétrécir et à déformer l'extrémité supérieure du canal rachidien.

Dans le second cas, il s'agissait encore d'un épileptique. Les attaques étaient survenues vers l'âge de quatre ans. Il existait aussi une inclinaison permanente de la tête en avant avec difficulté des mouvements de rotation. Les facultés intellectuelles étaient, ici encore, très affaiblies.

A l'autopsie on trouva une asymétrie notable des os de la boîte crânienne : le côté droit paraissait beaucoup plus développé que le gauche. A la partie postérieure, vers les fosses cérébelleuses et le trou occipital, il y avait de la pachyméningyte interne. L'atlas sensiblement déplacé en avant était soudé à l'occipital. Une grande partie de son arc postérieur faisait défaut et des productions ostiophytiques contribuaient encore à déformer le trou occipital qui avait pris la figure d'un pique de carte à jouer.

Lombroso autrefois a relevé sur les crânes de l'ossuaire de Solférino la proportion des synostoses atloïdo-occipitales : il a trouvé 0,83 0/0. Sur les criminels, il a trouvé au contraire près de 8 0/0. Enfin, dans la thèse de Cosprig faite sur le crâne des aliénés, on trouve un cas du même ordre relatif à un épileptique.

A. MATHIEU.

MÉDECINE LÉGALE.

Des règles à adopter dans les expertises d'empoisonnement, par A. LACASSAGNE et CHAPUIS (*Annales d'hygiène, avril* 1882).

L'expertise en cas d'empoisonnement est réglementée en Autriche par l'article 131 de l'ordonnance de procédure pénale, par le règlement sur les autopsies du 28 janvier 1855 et par l'arrêté ministériel du 2 août 1856 ; en Prusse, par l'article 22 du règlement du 13 février 1875 sur les autopsies judiciaires, et en Italie par une circulaire du ministre de la justice portant la date du 20 février 1881.

Après avoir critiqué dans ces divers règlements les points qui leur paraissent défectueux, Lacassagne et Chapuis formulent un ensemble de règles qu'ils voudraient voir adoptées en France, afin de rendre uniformes et comparables les expertises.

En voici quelques points saillants :

L'estomac sera séparé de l'œsophage et de l'intestin grêle par 2 ligatures doubles, l'une au cardia, l'autre au pylore.

Dans 8 vases en verre parfaitement nettoyés à l'acide chlorhydrique et à l'alcool seront placés : 1° l'estomac ; 2° l'intestin grêle et le gros intestin réunis ; 3° l'œsophage avec la bouche et le pharynx ; 4° le foie et le sang ; 5° un poumon ; 6° 500 grammes de muscles pris de préférence dans la cuisse, la poitrine et le diaphragme ; 7° les reins et la vessie ; 8° le cerveau et la moelle.

Dans un cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone, et là où l'étude spectroscopique du sang peut avoir une importance capitale, il est nécessaire de mettre de côté, dans un petit flacon, la plus grande quantité de sang du cœur ou des vaisseaux.

La fermeture des récipients sera faite de la manière suivante : un bouchon de liège recouvert d'un papier parchemin, retenu au moyen d'une ficelle, et un simple cachet fixant la ficelle et l'étiquette. Dans aucun cas on ne devra garnir les bouchons de cire à cacheter, parce que celle-ci contient souvent des colorants métalliques.

Jamais l'expert ne devra employer ni désinfectants ni alcool. Ce dernier rend la recherche de certains poisons difficile, car c'est un très bon dissolvant de l'acide arsénieux et en cas d'empoisonnement par le phosphore, il empêche l'emploi de l'appareil de Mitscherlich. J. B.

I. — Des vols aux étalages et dans les magasins. Discussion de la Société de médecine légale (*Annales d'hyg. publ., VI*, 164 et 261, *août et septembre* 1881).

II. — Relation médico-légale d'un cas d'accès de somnambulisme spontané et provoqué. Prévention d'outrage public à la pudeur, par A. MOTET (*Idem, V, p.* 214, *mars* 1881).

III. — Sieben Gutachten über krankhafte Geisteszustände (Sept rapports médico-

légaux sur des troubles mentaux), par C. LIMAN (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin, XXXVIII, p.* 193, *avril* 1883).

IV. — Gutachten über den geistigen Zustand des wegen versuchten Brudermordes in Untersuchung befindlichen Schuhmachergesellen Otto Gotthold Th. (Rapport médico-légal sur l'état mental d'un fratricide), par A. KOEHLER (*Idem, XXXVI, p.* 1, *janvier* 1882).

V. — Rapport médico-légal sur l'état mental de Lucien Morisset, inculpé de vol et d'assassinat, par DANNER et LEGRAND DU SAULLE (*Ann. d'hyg. publ.*, 342, *octobre* 1881).

VI. — Rapport médico-légal sur l'état mental de Félix Lemaître, inculpé d'assassinat, par LEGRAND DU SAULLE (*Idem*, 484, *décembre* 1881).

VII. — Seltener Fall von Selbstverstümmelung (Automutilations), par THIERSCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 24, *p.* 346, 13 *juin* 1881).

VIII. — Superarbitrium der k. wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen über den wegen unerlaubter Entfernung im wiederholten Rückfalle angeklagten Musketier J. M..... (Avis du comité consultatif supérieur de Prusse sur l'état mental d'un soldat déserteur récidiviste), par WESTPHAL (*Vierteljahrssch. f. gerichtl. Med. u. œffentl. Sanit.*, *nouv. série*, *XXXIX*, 198, *octobre* 1883).

I. — *Lunier* a été consulté quatorze fois, par les magistrats instructeurs, pour apprécier l'état mental de personnes prévenues de vol dans les grands magasins. Il distingue deux classes parmi les gens qui se rendent coupables de ce délit :

1° Les aliénés proprement dits ; 2° des femmes qui, sans être atteintes d'aliénation mentale, présentent quelque chose d'anormal dans leur organisation cérébrale, et pour lesquelles Lunier réclame des circonstances atténuantes.

Aucune catégorie d'aliénés n'a la spécialité de ces vols. On rencontre parmi eux des faibles d'esprit, des déments séniles, des épileptiques, des hystériques ; beaucoup plus rarement, des aliénés à impulsions irrésistibles. Ce qui domine chez eux, c'est la passivité, le défaut de résistance aux attractions instinctives que provoquent, en quelque façon comme une amorce, les objets de toute sorte étalés dans les magasins. En général, ce sont des héréditaires, observation confirmée par *Blanche*.

S'il y a plus de femmes que d'hommes, cela s'explique par les raisons suivantes : 1° les femmes fréquentent beaucoup plus souvent les magasins de nouveautés que les hommes ; 2° l'ampleur de leurs vêtements leur donne, pour cacher le produit de leurs vols, des facilités que n'ont pas les hommes ; 3° l'hystérie est beaucoup plus commune chez elles ; 4° les dispositions morbides tenant à la grossesse, à l'âge critique.

Legrand du Saulle a observé 83 faits de même ordre chez des femmes. Il distingue le vol demi-pathologique et le vol pathologique.

Pour le vol demi-pathologique, il établit trois catégories de prévenues :

1 Des jeunes filles hystériques, volant des objets qui peuvent leur servir, surtout des bibelots, des rubans et de la parfumerie. Dans ces cas, le vol est presque toujours commis pendant la période menstruelle ;

2° Des femmes, de fortune au moins moyenne et pouvant s'acheter les

objets qu'elles volent. Il s'agit alors presque constamment d'hérédité morbide;

3° Des femmes enceintes.

Parmi les prévenues de vols pathologiques, on voit toutes les formes d'affections mentales.

Lasègue insiste sur ce fait que depuis la transformation qu'ont subie les grands magasins, les vols s'y sont multipliés, parce que tout est organisé en vue de provoquer la séduction. A tous, il faut un certain effort pour résister à cette attraction, aussi n'est-il pas étonnant que les faibles succombent. Parmi les voleuses, un certain nombre sont parfaitement conscientes et responsables. Ce sont des femmes dont les ressources sont bien au-dessous de leurs goûts. D'autre part, des femmes, d'honorabilité irréprochable et dans une position aisée, attirées par l'étalage, se font montrer divers objets, font quelques achats et profitent d'un moment où l'attention est détournée. Leur contenance, quand elles sont découvertes, ne diffère guère de la tenue des voleurs de profession. Une perquisition domiciliaire montre que les objets dérobés précédemment sont soigneusement cachés.

Lunier et *Brouardel* rapportent chacun un cas de vol lié à la morphinomanie. La malade de Lunier avait pris de la dentelle chez ses patrons pour pouvoir s'acheter du laudanum. Lunier conclut à une responsabilité limitée.

La femme examinée par Brouardel n'avait qu'à prendre la morphine à son mari qui était dentiste. Elle commit un vol aux magasins du Louvre. Brouardel conclut que, la morphinomanie ne donnant pas naissance à des impulsions inconscientes, cette femme était responsable, mais que l'hébétude, dans laquelle la plongeait son intoxication, devait être considérée comme atténuant partiellement sa responsabilité.

II. — Homme âgé de 28 ans, sans hérédité cérébrale ni convulsive, mais à tempérament nerveux marqué et à allures féminines, suspectes de pédéraste. Il est sujet à de graves hémorragies, à la fois par la bouche et par un fongus sous-mamelonnaire. Un jour où il a eu plusieurs hémoptysies, il entre dans un urinoir pour mouiller son mouchoir afin de se nettoyer la figure. Dès lors, il ignore ce qui s'est passé, et combien de temps il a séjourné en ce lieu, où on l'arrêta sous prévention d'outrage public à la pudeur.

L'année précédente, cet individu était resté plusieurs mois dans le service de Mesnet; il y présentait des accès spontanés de somnambulisme nocturne, qu'on pouvait faire naître à volonté, et qui se compliquaient d'extase, de catalepsie et d'anesthésie. Pendant ces accès, il subissait passivement la volonté d'une autre personne et ne conservait aucun souvenir de ses actes.

En appel, Motet convainquit les juges de l'irresponsabilité de cet homme, en l'endormant devant eux. L'accusé fut renvoyé des fins de la plainte.

III. — 1er *cas*. Professeur, âgé de 28 ans, qui n'a jamais eu de rapports sexuels. Depuis quelque temps, à la suite d'un surcroît de fatigue intellectuelle, il est devenu hypocondriaque et a des insomnies nocturnes. Il est arrêté pour s'être promené au Jardin zoologique, les parties génitales à découvert. Il est, dit-il, incité à ce faire par une surexcitation génitale qu'il ne peut apaiser autrement.

Son grand-père maternel était un aliéné mélancolique qui s'est suicidé à 40 ans.

L'appréciation médico-légale de cette affaire était d'autant plus délicate,

que l'expert en était à peu près réduit aux déclarations de l'inculpé qui, d'ailleurs, semblaient empreintes de véracité.

Liman admit qu'il s'agissait d'un égarement amené par une disposition héréditaire à la folie et par un fond d'hypocondrie. Comme Westphal, il conclut à l'irresponsabilité de l'accusé.

2e *cas.* Tailleur de 30 ans, arrêté dans les mêmes conditions que le précédent, sur le pont de Spandau. C'est un homme intelligent, timide, doux, pleurant facilement, rangé, laborieux et vivant depuis des années avec la même femme. Ses trois frères ont des accès de convulsions; l'un d'eux est dans un quartier d'aliénés. Quant à lui-même, il n'a jamais eu que des vertiges et des périodes de vagabondage inconscient, revenant toutes les quatre ou six semaines. Au service militaire, il a été condamné à cinq ans de prison, pour désertions répétées et violences envers ses supérieurs. Durant l'accomplissement de sa peine, il fut transféré, dans un asile d'aliénés, pour mélancolie avec idées de persécution et de là à la Charité où l'on diagnostiqua une folie épileptique.

Liman affirma dans son rapport qu'il s'agissait indubitablement d'un héréditaire, ayant des accès épileptiques incomplets, et que c'était vraisemblablement dans un de ses vagabondages inconscients qu'il avait commis les actes incriminés, comme déjà ses désertions.

3e *cas.* Homme de 28 ans, accusé de mener au bain des jeunes garçons pour se livrer avec eux à des actes immoraux.

Cet homme appartient à une famille sujette aux affections mentales. Lui-même a eu des convulsions jusqu'à l'âge de 12 ans, sous l'influence d'une hydrocéphalie. A l'école, il n'a presque rien appris et plus tard il s'est montré complètement incapable de gagner sa vie.

Liman conclut de son examen que c'est un faible d'esprit, hors d'état de distinguer entre ce qui est simplement indécent et ce qui est immoral; qu'il est donc irresponsable, en admettant même, ce qui est douteux, qu'il ait voulu satisfaire des instincts de lubricité.

4e et 5e *cas.* Homme de 49 ans, père de dix-huit enfants, et dont la femme est encore enceinte d'un dix-neuvième. Il a avoué, à sa femme, avoir rendu enceinte sa propre fille, âgée de 19 ans et faible d'esprit.

Aucun renseignement sur l'hérédité. Depuis longtemps cet homme est atteint d'un délire religieux. Il a des hallucinations de la vue et de l'ouïe, s'entretient avec Dieu.

6e *cas.* Idiot de 17 ans, ayant l'extérieur d'un enfant de 12 ans. Sa sœur aînée est sourde-muette. Quant à lui, il a attiré un petit garçon dans une chambre. pour se livrer à la pédérastie.

7e *cas.* Domestique, âgée de 20 ans, de caractère affectueux, d'intelligence bornée, acceptant et répétant les fables les plus ridicules et pleurant facilement.

Depuis l'âge de 13 ans, elle a des accès épileptiques fréquents, qui sont précédés et suivis d'une période de trouble intellectuel. En place, depuis quatre jours seulement, elle fait prendre à l'enfant de ses maîtres, âgé de 1 an, de l'huile de vitriol, après s'être informée si c'était un poison. L'enfant guérit.

Le lendemain de son arrestation, cette femme eut une nouvelle crise convulsive. Liman déclara que la névrose épileptique dont elle était atteinte avait affaibli son intelligence, de telle sorte qu'elle ne comprenait pas la gravité de son action. Il ne pouvait affirmer qu'au moment du crime elle fût inconsciente, car, dans ses récits, il est impossible de faire la part de ses souvenirs et de ce qu'elle a entendu dire, et son développement intellectuel est insuffisant pour qu'elle-même puisse distinguer les deux choses. Il est possible qu'elle ait été sous le coup d'un vertige épileptique. Mais, même en écartant cette hypothèse,

il n'en reste pas moins avéré qu'elle se trouve maintenant et se trouvait à l'époque du crime dans cet état de trouble intellectuel qui, chez elle, précède de peu une attaque convulsive et que cet état exclut le libre arbitre.

IV. — Un ouvrier cordonnier, âgé de 24 ans, se présente dans un asile d'aliénés, pour, dit-il, voir son frère qui y est retenu comme dément agité. L'entrevue a lieu au parloir en présence d'un gardien. Le cordonnier dépose sur la table quelque argent destiné à procurer de menues jouissances à son frère, demande au gardien des renseignements sur l'état de ce frère, puis décharge sur celui-ci deux coups de revolver, se tirant les quatre autres au côté gauche de la poitrine. Köhler, en arrivant, trouve le dément, qui semble sain et sauf, sautant autour de son frère étendu sur le sol, en se frottant les mains et en ricanant d'un air idiot. Le blessé, interrogé sur les motifs de sa tentative de fratricide, a toujours répondu que son intention était d'exonérer leurs parents des lourdes charges que leur imposaient son frère et lui.

L'assassin est un héréditaire psychique, à la fois du côté paternel et du côté maternel, sans compter ses frères et sœurs qui sont au moins faibles d'esprit; il se livre à l'onanisme. Depuis un an, il s'est retiré de toutes les sociétés dont il faisait partie; son humeur est devenue sombre, renfermée; il a des insomnies; au lieu des projets ambitieux, extravagants même qu'il méditait auparavant, son moral s'est déprimé, il ne se trouvait plus bon à rien et devenait incapable d'aucun travail.

Transporté à l'hôpital, malgré la perte de sang considérable causée par ses blessures, il est agité et fait plusieurs tentatives de suicide.

Köhler conclut qu'il s'agit d'un aliéné mélancolique qui, obsédé de l'idée qu'il n'était bon à rien, a voulu se suicider et délivrer son frère par la même occasion. Après cette explosion, il est retombé dans sa stupeur antérieure, en attendant qu'il en arrive à l'état de démence que présente son frère.

V. — Jeune homme de 23 ans, ayant perdu sa mère à l'âge de 2 ans; il a été toujours bien portant et n'offre aucune hérédité mentale. Tout en étant clerc de notaire, il rêvait de devenir journaliste pour entrer dans la politique. Une fois convaincu qu'il ne pouvait se faire un nom dans la littérature, il prit la société en haine, glorifiant Lacenaire, Troppmann. Il se mit à voler des fonds à son patron qui le renvoya. En se promenant, il crut qu'un groupe de personnes riait de lui. Il tira dessus six coups de revolver, rechargea son arme et, continuant sa promenade, tira encore deux coups de pistolet sur un individu qui était sur un banc. Enfin on l'arrêta.

Il explique ces divers attentats en disant qu'il préférait la peine capitale à l'emprisonnement, et que craignant de n'avoir plus le temps de tuer son patron, il s'est décidé à tuer le premier venu.

Voici les conclusions du rapport de Legrand du Saulle :

1° Morisset a manqué d'éducation première. Livré trop tôt à lui-même, il s'est mal orienté dans la vie. En voulant acquérir un degré d'instruction auquel il n'avait point été préparé par ses études premières, il s'est un peu surmené intellectuellement;

2° Aussi intelligent qu'orgueilleux et ambitieux, il a d'abord vécu d'illusions; puis, dans un moment de découragement, il a tenté, à l'âge de 17 ans, de se faire mourir. Plus tard, sous l'influence de lectures détestables, il s'est faussé le jugement et il s'est composé une morale à son usage. Il est devenu de la sorte un sujet d'une redoutable perversité;

3° Morisset n'est point un aliéné. Il est donc conscient et responsable. Toutefois, en considération de la fatigue cérébrale qu'il s'est peut-être imposée, des exagérations passionnelles auxquelles il s'est laissé conduire et des circonstances insolites des actes commis, il se peut réellement que sa responsabilité ait été atténuée.

La cour d'assises d'Indre-et-Loire l'a condamné à la peine de mort.

VI. — Félix Lemaître, âgé de 15 ans, né à Paris, d'une mère hystérique; son grand'père maternel est mort aliéné. Aucune malformation du crâne ou de la face; aucune maladie antérieure. D'apprenti charcutier, il entre chez un emballeur auquel il vole 200 francs. Le lendemain il s'achète un couteau. Dix jours plus tard, quand il eut dépensé tout son argent, il vit rouge, dit-il, et eut l'idée, qu'il a longtemps combattue, de tuer quelqu'un. Il place son couteau tout ouvert dans un tiroir et va chercher dans la rue un petit garçon de 6 ans qu'il amène dans sa chambre, bâillonne, étend sur le lit; après quoi, il lui donne deux coups de couteau dans le ventre. Effrayé de voir le sang, il se sauve et au bout de quelques heures va se constituer prisonnier.

Dans son rapport, Legrand du Saulle discute les allégations du précoce assassin qui, par un hasard étrange, aurait eu précisément les premiers troubles morbides au moment où il n'avait plus le sou. On ne peut admettre une impulsion homicide de nature épileptique, car le meurtre eût été brusque, instantané, irréfléchi, s'exerçant sur la première personne à portée. Or Lemaître, après avoir longtemps combattu, fait ses préparatifs, puis attend une demi-heure dans la rue qu'il passe quelqu'un digne de lui. Les préliminaires odieux de l'assassinat trahissent la perversité criminelle. Un fou ne tue pas de la sorte; il ne bâillonne pas sa victime ni ne songe à lui abaisser les paupières au moment de lui ouvrir le ventre. Après la perpétration de son crime, l'aliéné éprouve une détente, presque une satisfaction.

L'expert conclut que Lemaître jouissait de sa raison, et doit pouvoir répondre des faits qui lui sont reprochés. Toutefois, en considération de certaines prédispositions héréditaires, du jeune âge de l'inculpé et des circonstances insolites des actes accomplis, la responsabilité a pu être un peu atténuée. — Condamnation à vingt ans de prison.

VII. — Confiseur de 37 ans qui se pratique à plusieurs reprises les mutilations suivantes : circoncision et incision de l'abdomen, s'étendant de la symphyse au nombril. Il est amené à la clinique de Thiersch avec une hernie des intestins et de l'épiploon et ressort bientôt guéri.

Un an plus tard il revient, s'étant ouvert le scrotum et le testicule procident. Guérison en neuf jours.

En 1880, il s'ouvre le ventre pour la seconde fois. Après réduction de l'intestin hernié, guérison en quinze jours.

Peu après, il se fait une castration régulière de l'un des testicules, puis se recoud le scrotum.

Lorsque la plaie fut presque entièrement cicatrisée, il s'enleva, avec le même soin, l'autre testicule. Mais la ligature qu'il avait placée autour du cordon ayant glissé, il a une violente hémorragie pour laquelle il rentre à l'hôpital, où il guérit de nouveau.

VIII. — Dans l'espace de moins de dix-huit mois, un jeune soldat quitte six fois sans permission son régiment, pour se rendre chez ses parents. Il marche pendant une journée, passe la nuit à la belle étoile et arrivé chez lui, se met dans un coin, ne dit rien et a l'air d'un idiot. Chaque fois, il se laisse ramener à la caserne sans résistance et est condamné à des mois d'emprisonnement de plus en plus nombreux. Interrogé sur le motif de ses désertions, aux médecins il répond qu'il est poussé par une force irrésistible, aux autres personnes, qu'il avait le mal du pays. Mais toujours il assure qu'il n'avait pas l'intention de déserter et qu'au bout de quelques jours il serait revenu spontanément, car le métier de soldat lui plaît.

Pas d'antécédents héréditaires. Cicatrice non adhérente de la tempe gauche, douloureuse à la pression, et provenant d'un coup reçu il y a plusieurs années. Fente palpébrale gauche un peu plus étroite. Maladie nerveuse grave vers l'âge de 10 ans. Mauvais écolier. Il urine encore au lit. Avant d'être

soldat, il abandonnait souvent, sans raison, la maison paternelle, passait la nuit au dehors et ne rentrait qu'affamé. Ses supérieurs déclarent que c'est un soldat paresseux, insensible aux admonestations et causant peu avec ses camarades. Tenu en observation, pendant un mois à la Charité, il n'a eu ni convulsions, ni vertiges, ni uriné au lit, mais a offert des accès de céphalalgie durant deux ou trois jours, avec sensation d'un bandeau frontal. Intelligence médiocre. Indifférence complète pour la situation dans laquelle il s'est mis. Il ne cherche nullement à excuser les faits qui lui sont reprochés et convient qu'il a mérité d'être puni.

Le comité consultatif prussien, appelé à donner son avis, écarta tout d'abord l'idée de mal du pays, car antérieurement à son incorporation cet homme faisait déjà des fugues et d'ailleurs le heimweh n'a pas de ces retours subits et périodiques. D'autre part, un déserteur, à moins d'être complètement idiot, ne s'y fut pas pris de cette façon. Repoussant l'idée d'un délire épileptique, Westphal, rapporteur du comité, croit à l'existence d'un état périodique de vie seconde pendant lequel les malades demeurent complètement étrangers à leur existence normale et commettent des actes souvent logiquement enchaînés, mais sans aucun rapport avec leur cercle d'idées et leurs pensées habituelles. La maladie nerveuse de la deuxième enfance et les accès de céphalalgie encore existants reconnaissent sans doute la même cause que le trouble mental périodique. Quant au coup dont il reste une cicatrice, la date n'en peut être fixée. J. B.

I. — Kindsmord oder natürlicher Tod? (Infanticide ou bien mort naturelle?) par ZÜRCHER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 24, p.* 806, 15 *décembre* 1882).

II. — Vermutheter Kindsmord; wahrscheinlich natürliche Todesart (Soupçon d'infanticide. Mort naturelle plus vraisemblable), par MASCHKA (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin, XXXIX, p.* 47, *juillet* 1883).

III. — Neugeborenes Kind. Wahrscheinlich natürliche durch den Geburtsact bedingte Todesart (Nouveau-né ayant vraisemblablement succombé à un genre de mort naturel, lié au travail d'accouchement), par MASCHKA (*Ibid., p.* 51, *juillet* 1883).

IV. — Erstickung oder Verblutung? (La mort a-t-elle eu lieu par asphyxie ou par hémorragie?) par LORENTZEN (*Idem, XXXV, p.* 230, *octobre* 1881).

V. — Angebliche Sturzgeburt. Nachgewiesener Kindesmord (Infanticide au lieu d'un prétendu accouchement précipité), par MASCHKA (*Idem, XXXVII, p.* 278, *octobre* 1882).

VI. — Ob Kindesmord durch Erdrosseln oder durch Kopfverletzungen? (L'infanticide a-t-il eu lieu par la strangulation ou par les blessures du crâne?) par BECKMANN (*Idem, XXXVI, p.* 51, *janvier* 1882).

VII. — De l'importance de l'étude des empreintes en médecine légale, par Ph. LAROCHE (*Annales d'hyg. publ. et de médecine légale*, 3e *série, VII, p.* 559, *juin* 1882).

VIII. — Rapport médico-légal sur un cas d'infanticide, par BILLAUDEAU (*Idem, VIII, p.* 74, *juillet* 1882).

IX. — Cas d'infanticide soumis à la Société de médecine légale, par BOYRON. Rapport, par DESCOUST (*Idem, p.* 481, *novembre* 1882).

I. — Primipare de 27 ans; après avoir caché sa grossesse, elle accouche

secrètement dans sa chambre. Le lendemain, une sage-femme la délivre et trouve l'enfant mort, enveloppé dans un jupon, sous les couvertures du lit. Cette femme prétend être accouchée debout, appuyée sur son lit et le corps penché en avant. Son enfant se présentait par la tête ; elle dit l'avoir saisi, d'abord par la tête, puis par les bras, pour l'extraire. Tout à coup, au moment où elle se redressait, il serait tombé à l'improviste sur le plancher et n'aurait pas vécu. Elle ignore, d'ailleurs, comment le cordon s'est trouvé divisé.

La femme présente, avec un bassin normal, des ecchymoses à l'entrée du vagin et une déchirure périnéale de 2 centimètres de long. L'enfant pèse 3,050 grammes ; cyanose des lèvres et des téguments de la face, de la poitrine, de la moitié droite du tronc et des deux membres inférieurs.

Au-dessus du nez, à gauche, excoriation rouge bleu, sèche, ayant les dimensions d'un petit haricot. A la face antérieure du cou et au-dessous du menton, plusieurs lignes arquées rouges, représentant manifestement des traces d'ongles. Le cordon ombilical, déchiqueté à son extrémité, n'a que 5 1/2 centimètres de long ; la portion du cordon demeurée avec le placenta mesure 52 centimètres et offre également un bout irrégulier.

Sur toute l'étendue de la voûte crânienne, on trouve, au-dessous du cuir chevelu, un épanchement sanguin considérable, plus marqué le long des sutures coronale et occipitale. Injection de la dure-mère et de la pie-mère.

Sur la pie-mère des deux hémisphères, çà et là, dépôts de sang noir coagulé. Pointillé sanguin sur les coupes du cerveau. Liquide sanguinolent dans le canal vertébral.

Fracture de l'extrémité interne de la clavicule gauche, avec épanchement sanguin au pourtour.

Aucune ecchymose viscérale. Cavités cardiaques renfermant à peine du sang. Vacuité du larynx et de la trachée dont la muqueuse est pâle. Poumons crépitant et flottant.

Zürcher conclut : La mort de l'enfant est due à l'hyperémie du cerveau et des méninges et aux hémorragies de la pie-mère. La cause vraisemblable de ces lésions doit être cherchée dans le travail laborieux d'accouchement d'une primipare, mais il est possible que la chute de l'enfant les ait aggravées. L'autopsie n'a fourni aucun fait permettant de croire que cette hyperémie fût due à des lésions intentionnelles.

Les excoriations et empreintes d'ongles, signalées tant sur la face que que sur le cou, n'ont eu aucune part à la mort de l'enfant et proviennent des efforts que la femme a faits pour s'accoucher, car rien n'indique qu'il s'agisse de manœuvres coupables.

Renvoyée devant la police correctionnelle, l'accusée a été condamnée à mois de prison, pour dissimulation de grossesse et accouchement clandestin.

II. — Cadavre d'enfant, trouvé dans un fossé rempli d'eau boueuse. L'absence de cordon, la cicatrisation parfaite de l'ombilic, le manque complet de méconium dans l'intestin qui renferme en revanche des matières fécales mêlées de flocons et de grumeaux blancs, tous ces faits indiquent qu'il ne s'agit pas d'un nouveau-né, mais d'un enfant qui a vécu 4 ou 5 jours : la docimasie pulmonaire confirme d'ailleurs ces présomptions.

D'autre part, sa taille de 46 centimètres 1/2, son poids de 1,788 grammes, les faibles diamètres de sa tête, la flaccidité des téguments tenant au peu de tissu adipeux sous-cutané, l'absence de noyau d'ossification dans les épiphyses fémorales, la brièveté des ongles, enfin la consistance membraneuse du nez et des oreilles fournissent la preuve que cet enfant est né avant terme, dans la 35e ou la 36e semaine.

Le fait que la peau des mains et des pieds est macérée, montre enfin un séjour d'au moins quelques heures dans le fossé où le cadavre a été découvert.

Mais comme, ni dans la cavité buccale, ni dans les voies respiratoires, ni dans le tube digestif, on ne retrouve aucune trace de liquide fangeux, et que nulle part on ne constate de signe caractéristique de la mort par submersion, on ne saurait admettre que celle-ci soit la cause de la mort.

Si l'on ajoute que l'examen le plus méticuleux du cadavre ne révèle aucune blessure ni aucun indice de violence, tandis qu'on constate un œdème pulmonaire aigu et une entérite intense, il est vraisemblable que cette double lésion est la cause de la mort qui aura précédé la submersion.

III. — Cadavre d'enfant nouveau-né découvert dans la cour d'une maison en construction.

La surnatation de quelques portions seulement des poumons et l'existence d'un emphysème sous-pleural sont la preuve, vu l'absence de toute putréfaction, que cet enfant n'a vécu que quelques instants et n'a fait qu'une tentative de respiration, puisque la plus grande partie des poumons et l'intestin plongent au fond de l'eau.

Extérieurement, le corps ne porte aucune lésion. A l'examen intérieur, en dehors de quelques grosses ecchymoses sous-pleurales, rien à signaler qu'un épanchement de sang, en partie coagulé, situé à la base du cervelet.

On ne peut expliquer ces lésions en disant qu'immédiatement après sa naissance l'enfant, empêché de respirer par occlusion de la bouche et du nez, a subi des violences sur la tête. En effet si l'épanchement intracrânien reconnaissait cette origine, le crâne et le cuir chevelu ne seraient pas restés complètement indemnes. De plus, l'obstacle artificiel mis à la respiration n'aurait pu être si rapide, que l'enfant n'eût pu faire plusieurs efforts respiratoires, ce qui n'est pas le cas.

Si, au contraire, on considère que l'enfant était très gros et les diamètres de sa tête très considérables, on est autorisé à admettre que l'épanchement de la base du cervelet a été produit par la compression du crâne pendant le travail d'expulsion. L'accouchement terminé, l'enfant n'a plus dû faire de respirations, soit qu'il soit né mort, soit que l'épanchement sanguin avoisinant le bulbe, ait promptement transformé la mort apparente en mort réelle.

Lors même que le cordon n'a pas été lié après sa section, la mort par hémorragie s'exclut de la double circonstance que le cadavre ne présentait aucun vestige de sang et que les viscères n'étaient nullement exsangues.

IV. — Fille accouchée, dans une écurie, d'un enfant qui tombe la face en bas, dans une rigole de purin. Ne lui voyant plus donner de signe de vie, elle va l'enfouir dans la terre qui est gelée.

Grâce à la basse température, la putréfaction est encore peu avancée, 17 jours plus tard, au moment où l'on pratique l'autopsie du petit cadavre, qui révèle les particularités suivantes :

L'enfant était à terme et a respiré, mais pas longtemps. Il présente comme lésions plus ou moins importantes : du purin desséché à la surface du corps; des brins de foin dans la bouche et la trachée ; des plaies de la face ; des fractures des os crâniens ; un épanchement de sang coagulé au-dessous du cuir chevelu ; enfin des poumons exsangues.

Mais l'absence de tout signe de réaction vitale au pourtour des plaies et fractures montre qu'elles sont postérieures à la mort. D'un autre côté, il n'existe aucun symptôme d'asphyxie, de submersion, ou de mort par enfouissement, malgré la présence des deux brins de foin qui ont été évidemment aspirés.

L'état des poumons est en faveur d'une mort par hémorragie, bien que l'état

de congestion des viscères abdominaux semble contraire à cette manière de voir, ainsi que le cordon effrangé. Lorentz admet néanmoins que la perte de sang occasionnée par le cordon non lié s'est jointe au défaut de soins et au froid pour causer la mort, car la stase veineuse viscérale est aussi une des marques de la mort par congélation.

Cette femme, reconnue coupable d'homicide par omission, a été condamnée à un an de prison.

V. — Les résultats de la docimasie pulmonaire pour les deux lobes supérieurs du poumon droit prouvent indubitablement que l'enfant était vivant et a respiré après la naissance. Toutefois la respiration peut n'avoir été que très imparfaite, puisque tout le poumon gauche et le lobe inférieur du poumon droit ne contiennent presque pas d'air.

Les lésions constatées sont : 1° Écorchures multiples du cuir chevelu et fracture des deux pariétaux, accompagnée d'un extravasat sanguin considérable sous le cuir chevelu et d'un épanchemeut intra-méningé de même nature. Ces lésions à elles seules peuvent expliquer la mort ;

2° En outre de plusieurs écorchures au côté gauche du cou, il existait dans l'épaisseur des parties molles de la région et le long de l'œsophage, un épanchement de sang très vaste. Le thymus offrait aussi une infiltration sanguine. Enfin le péricarde contenait un petit extravasat sanguin et l'estomac un liquide sanglant. Ce second groupe de lésions permet de conclure qu'une violente pression a été exercée sur le cou avec la main, manœuvre également propre à entraîner la mort d'un nouveau-né, en mettant obstacle à sa respiration.

Il est donc absolument certain que cet enfant a succombé à une mort violente, amenée par deux causes : les fractures du crâne et l'asphyxie par compression du cou.

La mère prétend que durant tout le temps des douleurs elle est restée debout les jambes écartées et que l'enfant, à sa sortie du canal génital, est tombé sur le sol où il s'est fait des blessures à la tête. Les circonstances suivantes rendent invraisemblable cette explication :

1° Il ne s'agit pas d'un accouchement précipité, car les douleurs ont duré une heure, et il est à peine acceptable qu'une primipare soit demeurée debout dans l'attitude indiquée, tout ce temps-là ;

2° La tête de l'enfant présentait des écorchures de diverses dimensions qui ne se concilient pas avec une simple chute ;

3° Le cordon ombilical était rompu à 12 centimètres du corps de l'enfant. Or quand il se déchire par le seul poids de l'enfant, c'est habituellement à l'une de ses extrémités qu'il se rompt.

Quant aux lésions du cou, elles ne peuvent être ni accidentelles ni résulter d'une chute, la mère déclarant au surplus qu'elle n'a fait aucune tentative pour aider à son accouchement.

En résumé, il semble ressortir de tout ce qui a été dit, qu'immédiatement après sa naissance, l'enfant a été l'objet d'une strangulation avec la main, puis qu'on a pressé ou frappé sa tête contre un corps dur ; l'ayant cru mort, on l'a laissé là, mais il se ranima et vécut encore 12 heures.

VI. — Fille accouchée d'un enfant du sexe féminin qu'on retrouve mort dans le canal d'un moulin.

Après bien des tergiversations, elle avoue qu'elle l'a étranglé avec un lien, sans exercer d'autres violences sur lui. L'autopsie montre que l'enfant était à terme, viable et qu'il a respiré peu de temps. En effet, bien que surnageant, en fragments comme en masse, le poumon gauche est rétracté et les deux poumons ont une consistance dense, peu spongieuse et crépitant peu.

Autour du cou, se voit un sillon profond n'offrant ni consistance parcheminée ni extravasat sanguin. Pas d'autres lésions extérieures que des écorchures à la face, au pli du coude gauche et sur le côté correspondant du tronc.

La bouche est ouverte et la langue saillante. Le larynx et la trachée sont pâles et ne contiennent rien.

Extravasats sanguins à la face interne du cuir chevelu et sous le péricrâne. Fracture esquilleuse du pariétal gauche au niveau de son bord supérieur. Congestion de l'encéphale.

Les lésions tégumentaires tiennent vraisemblablement à la chute dans le canal. Les lésions du crâne ont été la cause de la mort. L'absence de phénomènes vitaux au niveau du sillon, indique que la strangulation n'a été pratiquée qu'au moment où la vie s'éteignait, sinon même après la mort, pour s'assurer que celle-ci fut réelle, supposition qui se trouve corroborée par l'absence de toute écume dans les voies aériennes.

VII. — Cadavre de nouveau-né retiré d'un fumier. Arrestation d'un agriculteur et de sa servante qui se reconnaît la mère. L'homme, doué d'une force peu commune, ne tarde pas à donner des signes de folie, et succombe dans un asile. La fille accuse du crime son complice, disant qu'après sa délivrance, elle était dans un état de faiblesse telle qu'elle n'a pu l'empêcher d'emporter son enfant.

Autopsie de l'enfant : Le nez est littéralement aplati sur la joue gauche qui est elle-même déprimée. L'orifice des narines se trouve ainsi complètement fermé. Au-dessus de la commissure labiale gauche, plaie en forme de croissant, regardant en bas et un peu en dedans. Cette plaie, qui intéresse le derme, résulte de l'empreinte de l'ongle du pouce d'un adulte. Embrassant toute la partie latérale droite du cou, et remontant derrière l'angle de la mâchoire inférieure, se dessine une autre empreinte, tranchant par sa coloration brun rougeâtre, avec la teinte blanche des téguments voisins ; par sa forme et ses dimensions, elle correspond également au pouce d'un adulte. On en perd la trace au niveau de la trachée et du larynx pour retrouver une teinte ecchymotique tout le long de la région gauche du cou.

Des deux côtés du cou, le tissu cellulaire et les muscles renferment des épanchements sanguins considérables.

Nombreuses ecchymoses sous-pleurales dont les plus grosses ont le volume d'un pois. Cœur et gros vaisseaux remplis d'un sang noir, épais. Poumons crépitants et surnageant parfaitement.

Rien à l'extérieur du crâne ni dans l'épaisseur du cuir chevelu. Au-dessous du cuir chevelu, extravasats sanguins considérables, des deux côtés, au niveau des pariétaux et des occipitaux, mais ne communiquant pas entre eux. Larges suffusions sanguines entre les méninges et les circonvolutions cérébrales des deux hémisphères.

Voici les conclusions du rapport de Laroche :

Bien que le cordon n'ait pas été lié, la mort ne saurait être attribuée à une hémorragie, puisque le cœur et les gros vaisseaux étaient gorgés de sang.

La mort de l'enfant a été déterminée à la fois par suffocation et strangulation.

Pour que l'ongle du pouce du meurtrier ait fait une plaie aussi profonde au-dessus de la commissure labiale gauche, il fallait que la phalange unguéale fût fléchie à angle droit. C'est donc avec la paume de la main que le meurtrier a aplati le nez de sa victime, fermant ainsi l'entrée des voies respiratoires. En même temps, le meurtrier, de sa main droite, dont le pouce est dessiné sur le cou, comprimait le larynx et la trachée.

La gravité et l'étendue des lésions démontrent une énergie très grande, bien supérieure à celle que peut déployer une femme qui vient d'accoucher.

La mère a été acquittée.

VIII. — Cadavre d'enfant enterré tout nu, par un temps très chaud, à 30 centimètres de profondeur. Exhumation au bout de 2 mois. La peau du corps existe encore, mais désorganisée. Les chairs ont été rongées par les vers. Les os se détachent d'eux-mêmes, n'étant plus unis par les ligaments disparus. Les viscères thoraciques et abdominaux sont confondus en une bouillie noire dans laquelle toute forme d'organe a disparu. Le crâne est à peu près vide, sauf des restes de la faux du cervelet et quelques fragments de pie-mère colorés par le sang. Même coloration sanguine sur les angles postérieurs et supérieurs des pariétaux et sur la totalité de l'occipital, parties du crâne en rapport avec les membranes conservées. Pas de fractures des os du crâne.

De la taille et des dimensions des os de la tête, Billaudeau conclut que l'enfant était arrivé au 9e mois. Comme le sang de cadavre ne s'échappe pas de lui-même des vaisseaux du cerveau pour venir rougir les os du crâne, il conclut en outre que l'enfant avait vécu.

Dans la discussion de la Société de médecine légale, Gallard fait observer que l'extravasation sanguine ayant pu avoir lieu avant la sortie de l'utérus, on ne peut affirmer que l'enfant ait vécu de la vie extra-utérine puisqu'on ignore s'il a respiré.

IX. — Dans une affaire d'infanticide, le Dr Boyron n'eut à sa disposition que le placenta, une main et le point d'ossification de l'extrémité inférieure du fémur qui mesurait 9 millimètres 1/2 dans son plus grand diamètre, enfin le récit de la mère disant qu'elle avait accouché accroupie, dans l'espace de 5 minutes, d'un enfant se présentant par la tête.

Néanmoins, Boyron conclut que l'enfant dont il n'avait pu examiner que si peu de débris, était né à terme, viable et avait vécu. En effet, Tardieu dit que lorsque le noyau d'ossification de l'épiphyse fémorale dépasse dans son plus grand diamètre 5 ou 6 millimètres, on est en droit de conclure que l'enfant né à terme a vécu plusieurs jours. Or, d'autre part, il ajoute que l'accroissement de ce point épiphysaire ne commence qu'après le dixième jour qui suit la naissance. Donc, en prenant cette double indication à la lettre, la largeur de 9 millimètres 1/2 correspondrait à 20 jours de vie au minimum.

Mais Descoust affirme que les conclusions de Boyron ne sauraient être scientifiquement défendues. La preuve de la viabilité ne peut être fournie que par l'examen complet du squelette et des viscères essentiels à la vie. A moins de circonstances exceptionnelles, la vie extra-utérine ne peut être établie que par la docimasie pulmonaire ou, à défaut, par un ensemble de signes résultant de l'examen de l'oreille interne et du contenu du tube digestif. Quant à la preuve qu'un nouveau-né a vécu plus ou moins longtemps, la mensuration des diamètres du point d'ossification fémoral ne fournit pas à elle seule des renseignements assez précis; on ne peut la tirer, pendant les 4 ou 5 premiers jours, que d'un ensemble de signes dérivant d'un examen anatomique complet de la peau, du contenu du tube digestif, de l'état du cœur et des artères ombilicales et surtout du travail d'élimination du cordon. J. B.

I. — Rapport à la Société de médecine légale sur une question d'infanticide, par DE VILLIERS (*Annales d'hyg. publ., VII, p.* 448, *mai* 1882).

II. — Accusation d'infanticide, puis de suppression d'enfant, par DE VILLIERS (*Idem*, 67, *janvier* 1882).

I. — La plupart des signes qui se montrent pendant la grossesse et après

l'accouchement et qui peuvent servir de bases aux appréciations du médecin légiste ont pour terme le plus commun, l'époque du retour des premières règles. Tels sont le retrait de l'utérus, de son col, des parois vaginales, la cessation de la sécrétion laiteuse, chez les femmes qui n'ont pas allaité, et celle de l'écoulement lochial, qui a eu lieu le plus souvent avant le retour des règles.

Les signes qu'on peut voir persister après ce retour sont les éraillures ou vergetures des parois abdominales et des parties voisines, la pigmentation de la peau du visage, des seins, de la ligne ombilico-pubienne.

On peut bien reconnaître, longtemps après l'accouchement, qu'une femme a eu un enfant, mais il devient absolument impossible, après les 6 ou 8 premières semaines, de reconnaître si l'accouchement ne remonte qu'à quelques semaines

Quant à fixer la date approximative d'un accouchement récent, cela est impraticable après les vingt premiers jours.

Il est possible, passé ces 20 premiers jours, d'affirmer qu'un accouchement date de moins de 3 ans, lorsqu'on trouve réunis chez la même femme les divers signes qui suivent l'accouchement. Une femme qui a accouché et qui n'allaite pas, ne peut pas conserver son lait 3 ans à moins d'avoir allaité longtemps un enfant précédent ou d'avoir une maladie de l'utérus.

II. — Fille, âgée de 20 ans, ayant eu il y a 4 ans un enfant qu'elle a allaité 30 mois et convenablement élevé. Au mois de février 1881, elle est dénoncée comme s'étant rendue coupable d'infanticide, tandis qu'elle affirme n'avoir même pas été enceinte. Le produit de la conception n'ayant pu être retrouvé, l'examen n'a porté que sur la femme.

Un premier rapport est présenté le 3 février par le Dr Maunoury. En voici le résumé : Aucune trace de vergetures abdominales. Ligne brunâtre sous-ombilicale. Le palper abdominal ne permet pas de sentir l'utérus au-dessus de la symphyse. Seins développés avec aréole brun foncé ; de chaque côté, la pression fait sourdre du lait.

Face interne des grandes lèvres violacée, ainsi que les petites lèvres et l'entrée du vagin. Fourchette intacte. Écoulement vaginal brun rosé, opaque, épais, fétide, mêlé par instants de quelques gouttes d'un liquide blanc verdâtre. Le doigt introduit dans le vagin, ramène quelques débris pultacés brun sale. Grande laxité des parois vaginales. Col utérin ramolli dans toute sa hauteur avec parois assez épaisses ; son orifice externe, ouvert, permet d'introduire presque toute la dernière phalange de l'index. Cet orifice est inégal et présente des deux côtés une déchirure transversale.

L'existence de la sécrétion lactée, l'écoulement des lochies, le ramollissement du col, l'état de son orifice externe, permettent d'affirmer qu'il y a eu accouchement récent. L'accouchement a probablement eu lieu dans les deux derniers mois de la grossesse, il y a 5 jours au moins et 15 au plus.

D'autres experts rédigent, le 9 février, un rapport dont nous ne reproduisons que les passages qui diffèrent du précédent ou le complètent.

Seins de médiocre volume ; une pression un peu forte en fait sourdre un lait jaune. Peau un peu flétrie sur les côtés de l'abdomen. Vagin élargi ; col utérin augmenté de volume et admettant la moitié de la première phalange de l'index : la déchirure transversale gauche est plus profonde que la droite. En outre, on sent de petites déchirures sur la lèvre antérieure.

En combinant le palper abdominal avec le toucher vaginal, on découvre que l'utérus est en antéversion, qu'il est encore volumineux et va se cacher sous la symphyse.

Le spéculum confirme les résultats du toucher. Il sort du col un liquide purulent, non fétide, se teignant facilement de sang.

Les nouveaux experts concluent à un accouchement récent ne remontant pas au delà de 25 jours.

L'accusée est renvoyée devant la police correctionnelle, sous la prévention de suppression d'enfant, sans qu'il soit établi si ce dernier a vécu. Son défenseur soutient que toutes les constatations des experts peuvent se référer aussi bien à un avortement et réussit ainsi à faire acquitter sa cliente.

Le parquet ayant interjeté appel, l'avocat soumet la question à la Société de médecine légale qui charge de Villiers de lui faire un rapport dont voici les parties essentielles :

Les signes fournis par l'état des seins, par celui des parois abdominales, par les déchirures transversales du col, par la laxité des parois vaginales, n'ont rien de tellement significatif qu'ils puissent servir de base solide à une décision, vu surtout l'existence d'un accouchement antérieur. D'autre part, la coloration de la vulve, l'écoulement roussâtre et odorant d'abord, puis plus clair et inodore, le développement, le ramollissement et la perméabilité du col indiquent qu'un travail récent d'expulsion a eu lieu.

Il est probable que ce travail a eu pour résultat l'expulsion d'un fœtus ou d'une môle. Mais nous ne trouvons pas dans les détails donnés par les experts de raisons sérieuses pour supposer qu'il y ait eu un accouchement près du terme de la grossesse, car le retrait considérable de l'utérus ne permet pas d'admettre cette opinion.

Chez beaucoup de femmes, un avortement du 4e au 6e mois peut laisser le col utérin avec toutes les apparences signalées dans les rapports.

Il résulte d'ailleurs des dépositions de témoins que, dès le 21 septembre, l'inculpée avait une perte de sang et de même encore le 24 janvier.

De Villiers conclut ainsi : Les détails contenus dans les rapports des experts autorisent à penser que chez la fille B... il y a eu récemment accouchement ou expulsion d'un produit de conception. Mais les plus importants de ces détails tendent à éloigner la pensée que la grossesse était parvenue à un terme avancé ; ils permettent même d'admettre qu'elle pouvait ne pas avoir atteint le 7e mois. J. B.

Angeblicher Tod eines Kindes in Folge von Verletzungen. Natürliche Todesart. Entstehung der Verletzungen nach dem Tode durch Ameisenbisse (Inculpation d'infanticide. Mort naturelle avec lésions faites par des fourmis sur le cadavre), par MASCHKA (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medecin*, 193, *avril* 1881).

Cadavre de nouveau-né ayant la figure et le cou sillonnés de taches et de stries noires au niveau desquelles la peau est parcheminée. Le père déclare qu'il s'agit là de lésions causées après la mort, par les fourmis dont son logis est envahi. Le médecin vérificateur des décès, n'acceptant point cette explication, réclame une autopsie judiciaire.

Aucune trace de violence sur le corps ; une fourmi morte au niveau de la lèvre inférieure. Quand on humecte les régions noirâtres et qu'on les comprime avec un papier de tournesol, celui-ci rougit faiblement. Excision des portions de téguments suspectes pour les livrer à une analyse chimique.

Péricarde distendu par de la sérosité et vivement injecté à sa face interne.

Les conclusions du rapport d'autopsie furent que : 1° l'enfant avait succombé à un hydro-péricarde ; 2° les lésions tégumentaires, vu la rougeur de leur pourtour, ont été produites pendant la vie par une substance caustique dont on ne peut indiquer la nature ; 3° il est possible qu'elles aient occasionné l'épanchement péricardique, à la façon de brûlures étendues.

L'analyse chimique permit d'exclure la présence des acides sulfurique, chlorhydrique, et azotique et des alcalis caustiques mais les réactions de l'acide formique furent peu caractéristiques.

Maschka appelé à donner son avis, conclut à des morsures faites par des fourmis sur le petit cadavre. J. B.

Des sensations perçues par les femmes pendant les manœuvres d'avortement, par Paul BERGER (*Annales d'hygiène, octobre* 1882).

P. Berger a entrepris des recherches sur les sensations que provoque l'introduction d'instruments mousses dans la cavité utérine. En voici le résumé :

L'introduction, faite avec douceur et précaution, d'instruments mousses au travers de l'orifice profond du col ainsi que dans la cavité utérine ne détermine aucune sensation perçue par la femme, tant que cette introduction ne s'accompagne pas de secousses brusques transmises aux parois de l'utérus. Cette insensibilité de l'orifice interne du col et de la surface muqueuse du corps de la matrice s'observe aussi bien sur l'utérus gravide que sur l'utérus vide ou distendu par un produit pathologique.

Les sensations douloureuses analogues à une piqûre semblent dues aux manœuvres intra-vaginales ; la simple exploration du vagin avec des instruments ou même avec le doigt seul les fait naître ; elles ne prouvent en aucune façon qu'on ait introduit ou tenté d'introduire un instrument quelconque dans la cavité utérine.

Les secousses, les mouvements brusques, tendant à modifier la forme, la situation ou la direction de l'utérus sont douloureusement perçus par les femmes. La douleur plus ou moins intense ainsi produite est mal définie, bien différente en tout cas d'une sensation de piqûre, ou de pincement, et elle est rapportée le plus souvent au bas-ventre ou aux aines.

En somme, les manœuvres abortives pratiquées au moyen d'instruments mousses maniés avec précaution ne déterminent pas de douleur.

Ce qui précède ne s'applique ni aux injections intra-utérines ni à la perforation directe des membranes avec l'instrument. J. B.

I. — Zum 200 jährigen Jubiläum der Lungenprobe (A propos du deux centième anniversaire de la découverte de la docimasie pulmonaire), par BLUMENSTOK (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin, avril et juillet* 1883).

II. — Luft in den Lungen todtgeborenen Kinder (Présence d'air dans les poumons d'enfants mort-nés), par Max RUNGE (*Berlin. klin. Woch., n°* 18, *p.* 275, 1er *mai* 1882).

III. — Können die Lungen Neugeborener, die geathmet haben, wieder vollständig atelectatisch werden? (État fœtal des poumons chez des nouveau-nés ayant respiré), par Emil UNGAR (*Viertelj. f. gerichtl. Med., p.* 12 *et* 213, *juillet et octobre* 1883.)

I. — Le mémoire de Blumenstok forme un intéressant chapitre de l'histoire de la médecine légale. Il nous signale une erreur de nom qui s'est perpétuée dans tous les ouvrages français. C'est le Dr Schreyer et

non Schreger qui a eu le mérite d'appliquer le premier la docimasie pulmonaire à la pratique médico-légale. Ce fut toute une révolution.

Le code pénal de Charles-Quint, ne faisant aucune distinction entre l'infanticide et les autres homicides, frappait de peines draconiennes les mères et, les présumant toujours coupables, quand leur accouchement avait été clandestin, exigeait qu'elles fissent elles-mêmes la preuve que leur enfant n'avait pas vécu, ce qui était naturellement impossible, puisqu'elles avaient accouché en secret.

Aussi les médecins légistes n'avaient-ils jamais eu à s'occuper des questions d'infanticide et l'on chercherait vainement, soit dans Fedeli, soit dans Zacchias, un article qui leur fut consacré. Ajoutons, en passant, que Blumenstok accorde une valeur scientifique plus grande à l'œuvre de Fedeli qu'à celle de Zacchias, bien qu'elle lui soit antérieure de vingt ans et qu'elle n'ait pas acquis la vogue du livre du médecin du pape.

Ce fut le 11 octobre 1681, à l'autopsie de l'enfant d'Anna Voigtlin que Schreyer fit l'épreuve pulmonaire, mais il n'osa pas en faire consigner le résultat au procès-verbal et n'en fit l'objet d'un rapport qu'en 1683, sur la demande du défenseur, le célèbre Christian Thomas. Devant la nouveauté de l'épreuve, celui-ci eut soin d'en soumettre l'appréciation d'abord à Rivinus, puis aux Facultés médicales de Francfort-sur-l'Oder et de Wittenberg, dont les réponses furent toutes favorables à la docimasie. En 1687 seulement, le procès se termina par une simple condamnation, pour dissimulation de grossesse illégitime. Mais Schreyer fut inquiété et accusé d'avoir reçu de l'argent de l'inculpée.

II. — Le but du travail de Runge est de montrer que la docimasie pulmonaire peut être mise en défaut par la respiration artificielle. Le procédé de Schultze, notamment, qui consiste à balancer l'enfant saisi par le haut du corps, introduit assez d'air dans les poumons des mort-nés pour qu'ils prennent, à s'y méprendre, tous les caractères des poumons d'enfants ayant vécu quelque temps après leur naissance.

III. — L'auteur conclut, tant de considérations théoriques que d'expériences sur les animaux, que les poumons de nouveau-nés ayant respiré, peuvent revenir complètement à l'état fœtal, grâce à une absorption de leur air par le sang des vaisseaux pulmonaires. Non seulement le séjour dans l'alcool et la coction, mais encore une simple exposition à l'air font perdre aux poumons aérés leurs caractères docimasiques.

J. B.

Le suicide en Suisse, par LADAME (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 20, p. 493, 15 octobre 1883*).

Durant la période quinquennale 1876 à 1880, on a relevé, en Suisse, 3,178 suicides (dont 2,743 hommes), soit un chiffre moyen annuel de 230 par million d'habitants.

Suivant les cantons, cette moyenne annuelle oscille entre 536 à Neuchâtel et 0 à Unterwald-le-Bas.

La plus grande fréquence des suicides s'observe dans la Suisse française, puis à Bâle-Ville et Zurich, c'est-à-dire dans les cantons à agglomérations urbaines les plus considérables, à industrie développée, à reli-

gion protestante, à instruction très répandue, à émigration rare et à divorces fréquents.

Le maximum des suicides s'accomplit en juillet, comme dans l'Allemagne du Sud; leur minimum en décembre.

Les femmes se suicident surtout le dimanche; les hommes, le lundi et le mardi, ce qui s'explique sans doute parce que l'alcoolisme est la cause la plus commune des suicides : à Neuchâtel, on le retrouve dans la moitié des cas.

Il n'existe aucune relation de fréquence entre les suicides et la mortalité générale ou la natalité illégitime. J. B.

Sécrétion laiteuse des seins chez une femme mariée n'ayant jamais été en état de gestation, par MASCAREL (*Annales d'hygiène publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XI*, 88, *janvier* 1884).

Femme de 35 ans, mariée depuis 18 ans. Elle n'a jamais cessé d'avoir ses règles d'une manière tout à fait normale, sauf il y a 4 ans où elle eut un retard de 8 jours.

Mais déjà antérieurement, c'est-à-dire depuis 6 ans maintenant, elle avait un gonflement douloureux des seins avec sécrétion lactescente.

Les seins sont de volume normal, sensibles à la pression et sillonnés de nombreuses veines.

En comprimant la base du mamelon on fait sourdre un liquide ayant toutes les apparences du colostrum. L'auréole n'est pas rembrunie et les glandules du pourtour sont peu développées.

Cette femme accusant des troubles gastriques et hypogastriques, Mascarel procède à l'examen des organes génitaux.

Fourchette intacte, utérus normal à tous égards. L'orifice du col, étroit et circulaire, dans plus des trois quarts de sa circonférence, offre une très petite échancrure à droite.

On comprend tout l'intérêt de ce fait, au point de vue du diagnostic médico-légal de la grossesse.

Dans la discussion de la Société de médecine légale, Descoust dit avoir plusieurs fois rencontré des femmes n'ayant jamais eu de grossesse et présentant aux seins des sécrétions de liquide ayant une grande analogie avec le lait.

Brouardel, qui a vu des cas semblables, ajoute qu'ils sont rares en dehors des affections utérines.

Le Blond a vu une sécrétion lactée chez un homme de 25 ans. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

I. — Note sur l'éthérisation par la voie rectale, par D. MOLLIÈRE (*Lyon méd.*, 30 *mars* 1884).

II. — Etherisation by the rectum, par Abner POST (*Boston med. and surg. journ.*, 8 *mai* 1884).

III. — *Idem*, par **W. BULL** (*New York med. Record*, 3 *mars* 1884).

I. — M. Mollière a essayé, sur le conseil du Dr Axel Yversen, de Copenhague, l'anesthésie par la voie rectale. L'éther fut insufflé dans le rectum à l'aide d'un flacon à double tubulure et d'une poire à insufflation. C'était en réalité de l'air chargé de vapeurs d'éther. D'autres fois les vapeurs d'éther furent introduites dans l'intestin par une sonde de caoutchouc sans mélange d'air, en plongeant le récipient contenant l'éther dans un bain-marie plus ou moins chaud, à 50, 60°.

Six malades ont été endormis par ce moyen et chez tous le sommeil a été rapide, avec une dose d'éther fort petite et sans traverser de période d'excitation. Dans deux cas cependant, le chirurgien dut faire respirer quelques gouttes d'éther pour obtenir l'anesthésie complète.

M. Mollière promet de donner dans une prochaine communication, des détails complets sur ce nouveau procédé d'anesthésie.

II. — Post, ayant eu connaissance de la note ci-dessus, a anesthésié trois de ses malades par ce procédé.

Chez le premier, atteint de phlegmon du bras, l'anesthésie fut accompagnée de vomissements ; le malade avait déjà vomi, il est vrai, avant l'éthérisation.

Chez le second, vomissements abondants ; mais la malade avait absorbé un copieux déjeuner avant de venir à l'hôpital. Chez elle l'anesthésie dura 34 minutes avec une dépense d'une once trois quarts d'éther.

A un moment les vapeurs arrivaient en si grande abondance et l'abdomen était dans un état de distension tel que la respiration devint embarrassée ; il suffit de presser sur le ventre pour chasser les gaz.

Dans la 3e observation, l'éther était administré lentement ; on usa un peu moins de 60 grammes ; l'anesthésie était complète en 15 minutes. Période d'excitation marquée seulement par du rire et des propos gais. Le malade avait été opéré pour des hémorroïdes.

Post insiste, autant qu'on peut tirer des conclusions d'un si petit nombre de faits, sur l'absence ou plutôt l'atténuation de la période d'excitation. Les effets désagréables ordinaires aux inhalations d'éther sont moins marqués ; pas de sensation de suffocation, moins de sécrétions muqueuses, moins de vomissements.

Dans une note additionnelle, Post revient un peu sur sa première impression favorable. Quelques sujets délicats ont été très longtemps avant de se réveiller ; l'anesthésie a été assez profonde pour donner de l'inquiétude.

III. — Bull publie 17 observations d'anesthésie par ce procédé. Il n'a pas vu la période d'excitation supprimée d'une façon aussi constante.

Il note de plus (7 fois) une diarrhée accompagnée de douleurs et 2 fois un peu sanglante. L'anesthésie serait plus lente par la voie rectale que par les inhalations.

A. CARTAZ.

Fragments de chirurgie antiseptique, par Jules BŒCKEL (*in*-8°, *Paris*, 1882).

Dans la pratique des hôpitaux, écrit J. Bœckel, il n'y a point ou peu de salut sans Lister. Ce livre est consacré à la démonstration de cette vérité.

Le premier chapitre concerne les amputations. L'auteur préconise à peu près exclusivement les opérations à lambeaux, car seules elles per-

mettent un affrontement parfait des surfaces : à la cuisse, lambeau antérieur ; à la jambe, à l'avant-bras, lambeau postérieur. La ligature au catgut et l'hémostase ont une grande importance, mais on ne doit pas redouter outre mesure le suintement sanguin qui peut se faire dans une plaie pansée antiseptiquement, car Foulis, d'Edinburgh, a positivement démontré l'organisation des caillots qui concourent ainsi à la réparation des tissus. On doit toujours faire la réunion immédiate, mais il n'est pas nécessaire pour l'obtenir de recourir aux sutures profondes, telles que celles d'Azam, le fil métallique reliant les lèvres de la plaie suffit ; et dans ces conditions un lambeau cutané peut se souder par première intention à un os. Dès le 2e ou 3e pansement on peut percuter le moignon sans éveiller la moindre douleur. Enfin dans le pansement on doit accorder une grande importance à la *compression*, qui, après le drainage, joue un rôle capital sur la méthode de Lister. Bœckel la pratique au moyen d'une grosse éponge neuve, débarrassée de tout corps étranger, et ayant séjourné 24 heures dans la solution forte.

Voici maintenant les résultats numériques obtenus :

Sans Lister :

Cuisse,	7 cas avec	4 guéris et	3 morts,	soit	42,8 0/0	mort.
Jambe,	19 —	15 —	4 —		21 0/0	—

Avec Lister :

Cuisse,	16 cas avec	12 guéris et	4 morts,	soit	25 0/0	mort.
Jambe,	18 —	18 —			0 0/0	— .

L'auteur a obtenu un beau succès dans une désarticulation de la hanche, mais ayant pratiqué la réunion immédiate, il eut lieu de s'en repentir. Au 10e jour des frissons annoncèrent le début d'une infection purulente ; les sutures furent retirées, et la plaie matin et soir purifiée à la solution forte. Il fallut ainsi recourir à la méthode antiseptique ouverte que le professeur Verneuil a si justement préconisée ; mais, telle est l'efficacité de l'acide phénique que l'infection purulente put être enrayée et que le malade finit par guérir.

En ce qui concerne les *résections*, la pratique de l'auteur est des plus instructives. Avant le Lister, il n'exécuta que deux fois la résection du *genou;* l'un de ses opérés guérit avec une jambe de polichinelle, l'autre dut subir l'amputation de la cuisse au bout de quelques jours. Mais avec le Lister, du mois d'août 1879 au mois d'avril 1881, il résèque 13 fois le genou et obtient 10 succès, et 3 insuccès ainsi répartis : 1 amputation, 1 mort par endocardite, 1 mort par pleurésie. Or, cinq ans avant, ces onze malades eussent été amputés. La durée moyenne du traitement a été de 31 jours 1/2 ; la réunion superficielle de la plaie a toujours été faite et a toujours réussi. On doit au contraire s'en abstenir dans la résection de la *hanche* que Bœckel a vu réussir 7 fois sur 14 cas. On remarquera que des opérés qui ont succombé 3 ont été emportés par la méningite tuberculeuse, 3 par l'épuisement, un dernier par le choc au 3e jour. Quant au manuel, Bœckel conseille d'enlever toujours le grand trochanter, et de substituer à tout appareil inamovible l'extension continue.

Laissant de côté les pages qui ont trait aux opérations d'ostéotomie et d'arthrotomie, je signalerai la pratique de l'auteur dans l'extirpation

des kystes synoviaux articulaires ou folliculaires ou ganglions. Six cas, dont un relatif à un kyste du creux poplité attestent l'excellence de la méthode. L'opération est facile. Il faut ménager autant que possible les gaines tendineuses, mais Bœckel attache peu d'importance à leur blessure. Sous le Lister elle a peu de gravité. J'ai ouvert, dit-il, la gaine du long extenseur du pouce, des radiaux, de l'extenseur commun, et cela sans le moindre inconvénient.

La kélotomie fournit 24 guérisons et 12 morts, soit 33,3 0/0 de mortalité. 20 fois l'opération a été faite avec le Lister et a donné 15 succès et 5 morts, soit 25 0/0; et parmi les insuccès il faut noter 2 cas de collapsus, 1 cas de résection de 30 centimètres d'intestin grêle, 2 cas de péritonite par gangrène et perforation de l'intestin. 8 fois sur 15 fut obtenue la réunion immédiate. Avant Lister il y avait 7 morts sur 16 kélotomies, soit 43,7 de mortalité.

L'ovariotomie a donné 9 succès sur 10 opérations. Un cas d'hysterectomie pour un fibrome pesant 2 kilogrammes a été suivi d'une pleine réussite.

Parmi les observations d'abcès froids plus ou moins volumineux traités par la ponction, l'évacuation et les lavages antiseptiques, nous voyons à côté des succès un revers destiné à ne faire accepter que sous réserve ce mode de thérapeutique. Il s'agit d'une femme de 28 ans qui portait un abcès de carie costale long de 36 centimètres. Le 15 octobre, ponction et lavage phéniqué; le 16, frissons, élévation de la température, et à partir de ce moment, malgré les incisions et la désinfection fréquente du foyer, développement d'une septicémie aiguë qui emporte la malade le 27.

Le dernier chapitre consacré aux tumeurs contient 89 cas d'extirpation, parmi lesquels 84 guérisons et 6 morts, soit 6,7 0/0 de mortalité. Ces cas se répartissent ainsi :

3 extirpations de goitre, 3 succès;

13 extirpations de ganglions du cou, 12 succès, 1 mort par œdème pulmonaire, chez un sujet de 64 ans, atteint de ganglions carcinomateux avec sarcome de la thyroïde;

41 extirpations de sein avec 4 morts et 37 guérisons;

6 extirpations de ganglions inguinaux avec une mort (près de 77 ans) et 5 succès;

9 castrations, 9 succès;

17 tumeurs du tronc et des membres, dont 12 lipomes (l'un pesant 3 kil. 130), 1 kyste périostique du fémur, 1 tumeur sarcomateuse du genou, 1 myxo-lipome volumineux de la cuisse, 1 tumeur fibro-cystique de la fesse, 1 névrome du médian, sans un cas de mort.

Si l'on fait abstraction de 2 cas de mort survenus indépendamment de l'opération, la mortalité tombe à 4,4 0/0.

On remarquera pourtant, point digne d'attention, que sur ces 87 opérations, il y a un cas de mort par pyohémie et un autre par septicémie.

De tels chiffres se passent de commentaires : ils établissent péremptoirement la valeur de la méthode à la défense de laquelle l'auteur vient d'élever ce beau monument clinique. L. JULLIEN.

I. — **Meine weitere Erfahrungen über die Wirkung der Nervendehnungen bei Tabes und anderen Rückenmarksleiden** (Nouvelles expériences sur les effets de l'extension des nerfs dans le tabes et dans d'autres affections médullaires), par **Carl LANGENBUCH** (*Berlin. klin. Woch.*, 13, 20 *et* 27 *juin et* 4 *juillet* 1881).

II. — **Vorstellung von Kranken, an denen die Nervendehnung wegen Tabes oder verwandter Krankheiten ausgeführt wird**, par **Carl LANGENBUCH** (*Idem*, *n°* 10, *p.* 156, 6 *mars* 1882).

III. — **Ueber Erfolge und Misserfolge der Nervendehnungen bei der Tabes und der verwandten Krankheiten**, par **LANGENBUCH** (*Idem*, *n°* 12, *p.* 179, *et n°* 13, *p.* 200, 20 *et* 27 *mars* 1882).

IV. — **Discussions de la Société médicale de Berlin** (*Idem*, *n°* 12 *et suiv.*).

V. — **Sur 2 cas d'extension des sciatiques dans le tabes**, par **HILLER** (*Idem*, *n°* 7, *p.* 109, 13 *février* 1882).

VI. — **Extension des deux sciatiques dans le tabes**, par **TILLMANNS** (*Idem*, *n°* 34, *p.* 531, 21 *août* 1882).

VII. — **Ein Fall von Nervendehnung bei Tabes**, par **D. KULENKAMPFF** (*Idem*, *n°* 48, *p.* 711, 28 *novembre* 1881).

VIII. — **Fall von multipler Neuritis**, par **HILLER** (*Idem*, *n°* 41, *p.* 605, 10 *octobre* 1881).

IX. — **Nervendehnung des Radialis**, par **W. von MURALT** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 6, *p.* 173, 15 *mars* 1882).

X. — **Extension du sciatique et du péronier pour une paralysie traumatique datant de 2 ans**, par **SONNENBURG** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 5, *p.* 75, 4 *février* 1884).

XI. — **Mittheilung über unblutige Nervendehnung bei Neuralgie** (De l'extension non sanglante des nerfs dans les névralgies, par **von CORVAL** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 5, *p.* 119, 1er *mars* 1883).

I.-III. — Outre le tabes, contre lequel il a le premier préconisé l'extension des nerfs, Langenbuch a pratiqué cette extension dans la sclérose en plaques, la sclérose latérale, l'atrophie musculaire progressive, le tétanos, la méningite spinale ; enfin, dans un cas de pemphigus chronique chez l'enfant et dans un prurit sénile. Ses extensions nerveuses dépassent la centaine.

Langenbuch justifie l'extension des nerfs dans l'ataxie locomotrice en lui donnant pour appui une conception pathogénique. Pour lui, le tabes n'est qu'une extension centripète de troubles inflammatoires et nutritifs survenus dans les nerfs périphériques. Il en trouve des preuves multiples : 1° dans l'existence assez commune d'altérations macroscopiques des sciatiques ; 2° dans le siège singulièrement exclusif de la dégénération médullaire dont le début se fait toujours par la portion externe des cordons postérieurs qui, d'après Flechsig, est la continuation directe des nerfs périphériques ; 3° dans l'influence étiologique du froid humide qui se traduit parfois sur un groupe d'hommes de façon à donner lieu à ces sortes d'épidémies d'ataxie locomotrice survenant dans les armées (guerre de Hongrie en 1849 ; expédition française au Mexique ; troupes autri-

chiennes à Sadowa); 4° enfin, dans la curabilité des ataxies aiguës consécutives aux fièvres éruptives et à la diphtérie.

Les effets physiologiques non recherchés de l'extension des nerfs se traduisent du côté du pouls et de la respiration. Ils sont inconstants en ce sens que le pouls toujours petit est tantôt accéléré, tantôt ralenti; de même, la respiration, qui est en apparence moins profonde, est tantôt accrue, tantôt diminuée de fréquence.

L'apparition des modifications du pouls est la limite que Langenbuch impose à ses tractions. Après l'opération, le pouls redevient vite normal, la respiration plus lentement.

En ayant soin d'étirer le nerf moins énergiquement dans le sens périphérique que dans le sens opposé, on n'observe pas de recrudescence dans la sensation d'engourdissement des pieds préexistant chez les tabétiques.

Ordinairement, la sensibilité cutanée n'offre aucun changement dans les premières heures suivantes. Parfois la sensibilité générale est altérée de telle façon que le malade croit avoir une jambe plus longue que l'autre ou croisée sur l'autre.

L'énergie des muscles desservis par le nerf étiré est un peu diminuée.

De 4 à 8 jours après l'extension, plus de la moitié des opérés éprouvent des douleurs dans les talons, les malléoles, les tibias et les genoux. Ce sont là des phénomènes réactionnels qui disparaissent plus ou moins rapidement.

Jamais, à l'inverse de Kulenkampff, Langenbuch n'a noté d'accidents consécutifs tels que cystite, paralysie vésicale ou douleurs tétaniformes. Pour lui, l'opéré de Kulenkampff a succombé au tétanos et non aux suites de l'extension des nerfs.

Les effets cliniques de l'extension des nerfs sont de 2 ordres : 1° les effets immédiats, dynamiques et réflexes, qui, après s'être manifestés sur le pouls, la respiration et parfois même les pupilles, se décèlent plus tard par le retour de la sensibilité et la disparition des troubles sensitifs; 2° les effets secondaires, mécaniques, agissant sur la nutrition du système nerveux. En effet, l'élasticité des troncs nerveux est trop faible pour que l'extension se borne à déterminer une distension passagère. Son principal effet est la déchirure de la gaine nerveuse et partant des capillaires nourriciers.

Langenbuch concluait ainsi son dernier mémoire qui a servi de thème aux discussions de la société médicale de Berlin :

L'extension des gros troncs nerveux des membres inférieurs dans les affections médullaires se rapprochant de l'ataxie est parfois suivie de succès incontestables, parfois aussi d'insuccès. Il faut tenir compte dans le pronostic de l'extension des nerfs :

1° Du stade auquel est arrivé le processus de dégénération. Malheureusement il n'existe pas de moyen clinique de distinguer les cas susceptibles d'amélioration de ceux qui ne le sont pas;

2° Du procédé opératoire. L'extension du sciatique, ainsi qu'on la fait le plus souvent, au niveau du bord inférieur du fessier, a des inconvénients, parce qu'on tiraille en même temps, si on ne les déchire pas, les rameaux musculaires qui s'en détachent. Il vaut donc mieux pratiquer l'opération à mi-hauteur de la cuisse, où le sciatique ne donne plus de branches;

3° De l'antisepsie rigoureuse.

L'extension ne doit pas être trop violente. Quand celle du sciatique est insuffisante, on recourt, suivant les cas, à celles du crural, du plexus brachial, etc.

L'extension du crural est beaucoup plus difficile que celle du sciatique. Elle doit toujours être pratiquée au niveau de l'abdomen et non sur la cuisse, à cause de la réunion par première intention qui est si désirable.

Les contre-indications à l'extension des nerfs se résument dans l'état des forces, le degré d'embonpoint ou l'âge des patients, qui s'accommodent mal d'un alitement prolongé.

IV. — La première extension de nerf à laquelle *Westphal* ait eu recours remonte à 1877. Il s'agissait d'une paralysie spinale spasmodique. L'extension du crural fut pratiquée très énergiquement dans l'espoir de faire disparaître la raideur musculaire qui était le principal obstacle à la marche, car le malade n'avait pas encore de paralysie bien prononcée.

Selon l'attente de Westphal, l'opération produisit bien une disparition du réflexe rotulien, mais elle ne fit que changer la paralysie spasmodique en paralysie flasque, et cela des deux côtés; en même temps apparaissait une paralysie complète de la vessie et du rectum qui n'existait pas auparavant; enfin, l'opération fut suivie de l'aggravation rapide d'une escarre jusque-là insignifiante, et le malade fut longtemps en danger d'infection putride. Quand il fut guéri des suites immédiates de l'opération, il se développa une contracture des fléchisseurs des jambes qui empêcha entièrement la marche; en outre, l'excitabilité réflexe s'était considérablement exagérée. On avait là en somme un ensemble symptomatique correspondant à une myélite transversale. Le malade étant mort 3 ans plus tard, on constata au niveau de la moelle lombaire, du côté de l'opération, un foyer unique situé dans la substance grise à la limite des cornes antérieure et postérieure.

Westphal, découragé, a attendu jusqu'à ces derniers temps pour oser employer l'extension dans un nouveau cas de paralysie spasmodique. L'extension du sciatique et du crural d'un côté fut complètement inutile mais ne donna pas non plus d'accidents.

Westphal cite ensuite neuf cas d'ataxie locomotrice traités par l'extension des nerfs sans grand profit pour les malades, quelquefois même avec une aggravation des troubles morbides, bien que le patient enthousiasmé se prétendît mieux qu'auparavant. L'un de ces tabétiques fut traité 6 mois par Langenbuch, qui lui fit les opérations suivantes: extension des cruraux, des sciatiques, résection du péronier, du plantaire et enfin amputation du 4e orteil, le tout pour faire disparaître les douleurs.

Il connaît trois cas de paralysie agitante traités par l'extension des nerfs. Chez le premier, le tremblement a reparu quelques jours plus tard à la suite d'une injection d'atropine; chez le second, le principal résultat de l'opération a été une paralysie radiale; enfin, le 3e a succombé inopinément 6 jours après l'extension, et, à l'autopsie, on a trouvé une méningite cérébrale suppurée dont la cause est restée inexplicable.

V. — Hiller expose l'état de 2 ataxiques qui ont subi l'extension des nerfs il y a 2 mois 1/2. Avant l'opération, ils étaient encore en état de descendre au jardin et d'en remonter à l'aide d'une canne; aujourd'hui, ils peuvent à peine circuler dans la salle, appuyés sur un infirmier.

En outre, l'ataxie des mouvements a notoirement augmenté, de l'aveu même des malades. D'autre part, on constate un peu d'amélioration du côté des troubles de la sensibilité : en particulier, les douleurs en ceinture ont complètement disparu. Les malades prétendent aussi mieux sentir la nature du sol, mais des examens répétés ne confirment pas leur dire à cet égard. Les réflexes rotuliens et les autres symptômes n'ont éprouvé aucune modification.

Dans les premières semaines qui ont suivi l'extension, il existait un peu d'hyperesthésie de la plante des pieds et des douleurs névralgiques assez vives, phénomènes tenant sans doute à une réaction inflammatoire occasionnée par l'opération.

Senator, dans le seul cas de tabes qu'il a pu suivre plusieurs semaines après l'extension, a vu les douleurs reparaître avec leur violence première.

VI. — Chez un tabétique de 42 ans, Tillmanns a pratiqué l'extension des deux sciatiques immédiatement au-dessous du pli fessier, sans autre résultat qu'une faible amélioration de la sensibilité des membres inférieurs. Le malade, cependant, assure mieux marcher.

VII. — Homme ataxique, âgé de 43 ans, ayant des douleurs intolérables le long de la face antérieure des jambes. Après un cathétérisme qui ramène de l'urine claire, Kulenkampff pratique l'extension des sciatiques au niveau de la région fessière. Du côté gauche, il déploie une telle énergie avec l'index que le corps du malade se trouve soulevé. Les deux sciatiques ne présentaient rien d'anormal. Suture de l'incision avec la soie, drainage et pansement de Lister. La réunion se fit par première intention, mais à partir du réveil chloroformique jusqu'à la mort, l'opéré éprouva des douleurs effroyables qui, des membres inférieurs, où elles étaient limitées avant l'extension, s'étendaient tout le long du dos jusqu'à l'occiput. De plus, dès le lendemain survenait un violent catarrhe vésical qui entraîna la terminaison fatale dans le marasme : l'autopsie n'a pu être faite.

Le malade de Kulenkampff paraît avoir éprouvé aussi de l'opisthotonos et du trismus que cet auteur met sur le compte des douleurs qui ne laissaient aucune trêve au patient.

Comme le catarrhe vésical par son développement subit et son intensité rappelait tout à fait celui qu'on observe après une fracture du rachis, Kulenkampff pense que l'extension des sciatiques a produit un tiraillement des nerfs vésicaux qui proviennent aussi des nerfs sacrés.

VIII.—Femme de 26 ans ; au milieu de douleurs rhumatoïdes et de fourmillements, elle a été prise, il y a 9 mois, d'une paralysie presque complète des quatre membres qui se développa dans le cours d'une semaine. Disparition complète des réflexes tendineux ; diminution considérable de l'excitabilité électrique aux deux espèces de courants, mais conservation de la sensibilité. Parésie du moteur oculaire externe droit, déterminant du strabisme convergent et de la diplopie. Intégrité des sphincters, de la parole, de la déglutition et des autres fonctions végétatives. Les troncs nerveux sont douloureux à la pression.

Plus tard, sont survenues de l'atrophie et de la contracture des muscles paralysés.

Divers traitements ayant été inefficaces, Bardeleben pratiqua l'extension des deux plexus brachiaux. Cette opération fut suivie d'une amélioration peu considérable, mais pourtant nette des mouvements des doigts et de l'avant-bras droit, mais cette amélioration est restée stationnaire.

A l'autopsie, le névrilemme des deux plexus était considérablement épaissi, tandis que les troncs nerveux eux-mêmes étaient grêles et atrophiés.

IX. — Von Muralt a représenté le jeune malade auquel (*R. S. M.*, XVI, 287) il avait pratiqué l'extension du radial pour une paralysie traumatique. La guérison est toujours parfaite.

X. — Officier de marine qui, en novembre 1880, en tombant (30 pieds de profondeur), se fait entre autres blessures une luxation du femur gauche qui n'est réduite qu'au bout de 48 heures.

La compression exercée par la tête fémorale déplacée a laissé une paralysie presque complète du membre inférieur correspondant contre laquelle l'électrisation, le massage, l'hydrothérapie, etc., se sont montrés également impuissants.

Quand le malade vint réclamer de Sonnenburg l'extension du nerf, son pied s'était déformé en varus équin et avait perdu toute sensibilité. En outre, il existait un certain degré d'anesthésie jusqu'au genou et une atrophie considérable des muscles qui avaient perdu toute excitabilité électrique.

En août 1881 (9 mois après l'accident), Sonnenburg fit l'extension du sciatique, d'abord au milieu de la cuisse, puis au niveau de la tête du péroné, sans rien remarquer d'anormal dans l'aspect du nerf. Cette opération fut suivie du retour de la sensibilité dans les régions où elle manquait et d'une amélioration de l'excitabilité électro-musculaire. Sonnenburg, comptant toutefois peu sur un succès durable, recommanda au malade de continuer l'électrisation, le massage et les bains. Celui-ci a suivi son conseil, et maintenant, c'est-à-dire après 2 ans d'absence, il est venu revoir Sonnenburg, qui a été fort étonné de constater que le membre avait tout à fait récupéré son volume et ses fonctions.

XI. — Encouragé par les résultats de Winternitz, von Corval a expérimenté l'extension non sanglante des nerfs au moyen de la flexion et de l'extension forcées, dans les cas suivants :

1° Sciatique datant de 11 ans chez un homme de 56 ans qui pouvait à peine marcher. La première opération amena pendant 2 jours une disparition complète des douleurs qui devinrent ensuite plus modérées. Cinq interventions semblables ont été suivies chaque fois du même succès et la marche s'est bien améliorée ;

2° Sciatique invétérée. Après l'extension, marche possible pendant 2 heures au lieu d'une demi-heure qui était la règle ;

3° et 4° Tabes au début. Les douleurs presque intolérables furent arrêtées presque entièrement pendant 24 heures après la première extension et revinrent faiblement ensuite.

5° Névralgie cervico-occipito-brachiale, suite de périostite des vertèbres cervicales et datant de 9 ans ; toutes les médications n'avaient eu qu'un succès passager. Von Corval pratiqua à 8 reprises l'extension non sanglante du plexus brachial. Aujourd'hui, après 5 mois, il reste à peine trace de la névralgie ;

6° Malade ayant depuis 7 ans, dès qu'il se met au lit, des secousses convulsives des muscles de la jambe droite qui empêchent tout sommeil. Le diagnostic est impossible en l'absence de tout autre symptôme que de l'irritabilité nerveuse. La première extension procura 10 heures de sommeil continu, et plus tard encore 4 à 5 heures de repos. Mais trois extensions ultérieures n'ont pas été aussi efficaces.

Dans la discussion de la Société des médecins de Zurich, *Kerez* déclare avoir eu à se louer du procédé de Winternitz dans un cas où l'électrisation et le massage avaient été inefficaces. *Haab* recommande également ce mode inoffensif d'extension des nerfs. J. B.

I. — Trigeminal neuralgia relieved by ligation of the common carotid artery and neurectomy, par Ferd. GROSS (*Amer. Journ. of the Med. Sc., p.* 366, 1883).

II. — Removal of Meckel's ganglion for the relief of trifacial neuralgia, par A. VANDERVEER (*Transact. of the Amercian Surg. Association, p.* 489).

III. — Neurectomy of the second division of the fifth (5e) **nerve, par Thomas-F. CHAVASSE** (*Royal med. Soc., Med. Times*, 1er *mars* 1884).

IV. — Ueber der Erfolg der Nervendehnung und Nervenresection bei Trigeminus Neuralgien (Sur les conséquences de l'élongation et de la réseotion nerveuses dans les névralgies du trijumeau, par F. DUMONT et BERNE (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, tome* XIX, *p.* 51, 1883).

V. — Excision of a portion of the spinal accessory nerve for spasmodic torticolis par H.-B. SANDS (*New York Surg. Soc., Med. News*, 24 *novembre* 1883).

I. — Observation résumée d'un malade atteint, depuis plus de neuf ans, de névralgie trifaciale, et soumis inutilement aux médications les plus diverses. Le traitement opératoire a donné les résultats suivants : la névralgie occupant tout le côté droit de la face, on lie la carotide primitive droite : la douleur disparaît définitivement le long de la branche ophtalmique, quitte pour deux ans le nerf maxillaire supérieur, reste à peu près la même dans la 3e branche du trijumeau. Aucun trouble intellectuel n'a suivi de près ou de loin cette ligature.

Huit mois plus tard, résection du nerf dentaire inférieur; disparition de la douleur pendant quinze mois.

Enfin, dernière névrotomie presque simultanée du nerf maxillaire supérieur et du nerf dentaire inférieur déjà opéré. Guérison complète, actuellement confirmée depuis plus de oinq mois. A. CHAUFFARD.

II. — L'auteur rapporte trois observations de névralgie faciale intolérable, ayant résisté aux traitements les plus variés, et qui ont guéri par l'extirpation du ganglion de Meckel. Voici la technique du procédé opératoire qu'il a suivi : Mise à nu du sinus maxillaire par un large lambeau circonscrit par une incision allant de l'angle de l'œil au voisinage de la commissure labiale en suivant la direction du nez, une autre incision à angle droit, suivant le rebord orbitaire, quelquefois une troisième incision inférieure partant de la commissure labiale, de manière à former un volet ouvert complètement. Le lambeau doit comprendre le périoste. A l'aide d'un fin trépan, il enlève une couronne osseuse suffisante pour découvrir le nerf maxillaire supérieur. Le nerf, une fois dégagé, on le suit jusqu'au fond du sinus, et on découvre alors par une nouvelle trépanation la fosse sphéno-maxillaire. Le ganglion de Meckel, mis à nu, est attiré et extirpé avec des ciseaux courbes. L'hémorragie est facilement arrêtée par une petite éponge laissée en place, et pouvant être retirée avec un fil. Le lambeau est alors suturé.

Dans deux des observations, le succès a été rapide et complet; dans la troisième, la névralgie était causée par un œil artificiel appliqué pour une fonte de l'œil à la suite d'ulcère cornéen. Le malade n'avait jamais voulu consentir à l'ablation de l'œil; la vision était cependant complètement abolie depuis l'enfance. L'extirpation du ganglion de Meckel ne donne qu'un répit passager; on pratiqua plus tard la section du nerf dentaire inférieur sans plus de succès.

La névralgie ne disparut que lorsque le malade, cédant à la douleur et aux sollicitations de ses médecins, se laissa extirper l'œil malade.

III. — Deux observations dans lesquelles l'auteur a extirpé une portion du nerf sous-orbitaire avec le ganglion de Meckel dans le premier cas, sans le ganglion dans le deuxième, par un procédé analogue à celui de Vanderveer.

Walsham, qui a pratiqué la même opération pour une névralgie rebelle, a eu recours à l'éclairage artificiel et au miroir frontal pour éclairer le fond du sinus et pratiquer les trépanations osseuses. A. C.

IV. — Après avoir, en quelques lignes, fait l'historique rapide de l'élongation des nerfs sensitifs et mixtes contre les lésions nerveuses locales et les affections du système nerveux telles que l'ataxie, le tétanos, la lèpre, contre lesquels elle est relativement peu efficace, l'auteur passe à l'application de cette opération aux névralgies, et la compare à la résection d'un segment du nerf comme résultats. Dumont a eu l'occasion de voir faire deux élongations nerveuses, par Kocher, l'une du nerf sous-orbitaire droit, l'autre du nerf maxillaire inférieur droit (par le procédé buccal). Le premier cas guérit temporairement pendant une année; alors la névralgie récidiva aussi fort que par le passé; le second cas nous montre une guérison complète encore après trois ans; dans ce dernier cas on élongea jusqu'à complète insensibilité de la région mentonnière; dans le premier, ce ne fut pas le cas; faut-il chercher dans cette différence de force employée la raison du succès dans un cas, de l'insuccès dans l'autre? L'auteur n'est pas loin de le penser.

La résection nerveuse introduite en Europe par Bérard, en 1836, a été faite cinq fois par Kocher, deux fois elle a été combinée à l'élongation, trois fois elle a été faite seule.

Le premier cas est celui d'un homme de 47 ans, atteint d'une névralgie sous-orbitaire droite, qui résiste à une première résection faite dans l'orbite; ou plutôt la lésion a repos pendant huit mois; on pratiqua alors une seconde résection tout à fait avant l'entrée du nerf dans l'orbite en résignant temporairement l'os molaire. Cette fois le malade guérit tout à fait, et neuf ans après son opération il était en excellent état.

Le second fait se rapporte à une femme de 59 ans, atteinte de névralgie sous-orbitaire double.

On lui pratiqua d'abord la névrotomie sous-cutanée de deux nerfs, puis la résection dans l'orbite; les douleurs cessèrent tout à fait pendant un an, puis recommencèrent à se montrer avec tout autant de violence que par le passé.

Troisième cas. Névralgie du nerf sous-orbitaire gauche. La résection du nerf dans l'orbite amène une guérison complète, qui durait encore deux ans après.

Quatrième cas. Névralgie sous-orbitaire droite chez un homme de 68 ans.

Cinquième cas. Névralgie sous-orbitaire droite.

Élongation d'abord, puis résection de 2 centimètres et demi du nerf sous-orbitaire dans l'orbite.

Guérison encore vingt et un mois après.

Élongation, puis résection de 2 centimètres du nerf, chez un homme de 60 ans.

Amélioration notable, mais les douleurs n'ont pas disparu tout à fait.

Dumont fait suivre l'exposé de ces observations de quelques réflexions sur les avantages de l'élongation et de la résection et pense que ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de les combiner; faire l'élongation d'abord,

puis la résection du nerf élongé ; de cette façon, on obtiendra tout ce qu'il est possible d'obtenir. Mais il n'est pas opérateur à outrance, et devant les succès inconstants fournis par la méthode sanglante, il n'hésite pas à conseiller tout d'abord le traitement par le salicylate de soude, l'électricité, la morphine. Il cite un très beau cas de guérison par l'emploi de ce dernier agent. SCHWARTZ.

V. — Le premier malade, chez lequel Sands a pratiqué cette opération était un homme de 39 ans, qui vint le consulter en mai 1882. Le torticolis survenu graduellement, à la suite d'attaques spasmodiques, datait de neuf mois. L'hyoscyamine, les bromures, l'atropine, la codéine et d'autres médicaments avaient été employés sans résultat. Sands se décida à réséquer une portion du spinal. Par une incision de trois pouces, partie de l'apophyse mastoïde et suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien, l'opérateur put mettre le nerf à nu et en enleva un quart de pouce. La plaie, suturée et pansée à l'iodoforme, guérit en neuf jours. Aussitôt après l'opération, la contracture céda, mais le muscle est resté paralysé et atrophié. Pendant quelque temps, il y eut encore une certaine tendance à l'inclinaison de la tête du côté gauche ; mais elle céda peu à peu.

Chez un second malade, âgé de 31 ans, Sands a réséqué près d'un demi-pouce du même nerf. La recherche du nerf fut plus laborieuse ; la plaie guérit bien. Pendant plusieurs semaines le malade a éprouvé de la difficulté à maintenir la tête droite ; mais il a bien guéri.

Le Dr Lange a pratiqué, dans un cas analogue, l'extension du nerf spinal ; le résultat, favorable au début, ne s'est maintenu que quelques semaines. A. CARTAZ.

I. — Cases of lesions of peripheral nerve trunks, par Weir MITCHELL (*Am. Journ. of the Med. Sc., p.* 17, *juillet* 1883).

II. — Suture of the musculo-spiral nerve six months after its complete division, with entire restoration of its functions about twelve months after operation, par PICK (*The Lancet*, 4 *août* 1883).

III. — On a case of suture of the musculo-spiral nerve five months after its complete division, par HOLMES (*The Lancet*, 16 *juin* 1883).

IV. — On the immediate suture of divided nerves, par Henry-E. CLARK (*Glasgow med. journal, octobre* 1883).

I. — Weir Mitchell rapporte et commente cinq observations très instructives de lésions des troncs nerveux périphériques. Nos connaissances actuelles en névrologie ne peuvent expliquer les particularités cliniques notées dans ces différents cas, et, très probablement, les différences symptomatiques doivent être attribuées à la différence des lésions nerveuses et peut-être même de leurs causes.

Dans une de ces observations, entre autres points intéressants, il faut surtout noter l'extension subite des aires de dysesthésie après la section des nerfs radial et médian : dans un cas la dysesthésie s'est étendue bien au delà des régions tributaires du nerf sectionné ; dans l'autre cas elle ne recouvrait pas toute la zone, qui devient ordinairement insensible après la section nerveuse. L'auteur considère ce fait exceptionnel comme attribuable à une sorte de choc traumatique, l'aggression opératoire d'un nerf déjà malade donnant lieu à une inhibition fonctionnelle dans les

centres nerveux connexes, inhibition qui peut elle-même être motrice ou sensitive.

Dans un cas de névrite des nerfs brachiaux, Weir Mitchell a constaté un abaissement notable de la température locale, fait exceptionnel dans les névrites d'origine soit interne, soit traumatique.

Des diagrammes accompagnent la plus importante de ces observations, et en rendent plus facile à suivre la description clinique. A. CHAUFFARD.

II. — Un enfant de 13 ans reçoit un coup de couteau au bras gauche, un peu au-dessus de l'articulation du coude; la plaie se cicatrise en moins de quinze jours, mais en même temps chute progressive du poignet gauche, flexion permanente des doigts et de la main, amaigrissement et refroidissement de l'avant-bras. Six mois après l'accident, incision sur la cicatrice le long du trajet du nerf radial; on trouve celui-ci complètement divisé, les deux bouts à un demi-pouce l'un de l'autre, le supérieur renflé et bulbeux, l'inférieur atrophié et adhérent à l'os. Les deux bouts, soigneusement disséqués et avivés, sont réunis par une suture au catgut, et on applique un pansement antiseptique. — La plaie mit plus d'un mois pour se fermer; pendant ce temps l'état du membre resta à peu de chose près le même, sauf que la température, qui était inférieure de deux degrés environ à celle du côté opposé, remonta à son niveau normal. Trois mois plus tard, la flexion du poignet persistait toujours, mais il y avait quelques légers mouvements d'extension des doigts, et l'atrophie des extenseurs était peut-être un peu moins marquée qu'avant l'opération. Le malade fut alors perdu de vue, et on n'en entendit plus parler jusqu'en juillet 1883; à cette époque, on put constater que les fonctions du nerf radial était entièrement rétablies : la sensibilité était normale, et tous les mouvements du poignet et des doigts aussi faciles que du côté sain. D'après le dire du malade, ce n'est guère qu'au bout d'un an que l'amélioration avait commencé à se dessiner, pour faire ensuite des progrès rapides.

III. — Un homme de 30 ans, en tombant à travers un vitrage, se fit une large blessure du côté externe du coude droit, à la suite de laquelle il éprouva une paralysie du poignet avec anesthésie de l'avant-bras et de la main; au bout d'une semaine la sensibilité revint partiellement, mais la paralysie persista, et cinq mois plus tard, quand le malade se présenta à l'hôpital, on constatait tous les signes d'une paralysie radiale complète, avec atrophie musculaire; la température était abaissée et la sensibilité cutanée très obtuse au niveau du dos de la main et de l'avant-bras. — On résolut de tenter la suture nerveuse ; l'extrémité inférieure du nerf radial coupé fut découverte, un peu atrophiée au niveau de la cicatrice; l'extrémité supérieure, arrondie et bulbeuse, s'en était éloignée de près de 3 centimètres. Après avoir avivé légèrement des deux côtés, Holmer rapprocha les fragments et les réunit par deux sutures, l'une de catgut, l'autre de soie fine, passées avec précaution dans le névrilème. La plaie se ferma par première intention. Cinq jours après on crut que la motilité commençait à revenir, parce que le malade, avec le poignet fortement appuyé, était capable de faire quelques mouvements d'extension des doigts. Mais sur ces entrefaites il quitta l'hôpital, et ce fut seulement deux ans après qu'il revint, pour annoncer sa guérison complète; suivant son dire, c'est seulement une année après l'opération que le mieux devint manifeste, mais depuis lors l'amélioration a marché très vite, et aujourd'hui il se sert de son membre aussi aisément qu'avant l'accident.

H. BARTH.

IV. — Quatre observations de suture immédiate des bouts nerveux après la blessure, avec restauration rapide de la sensibilité. Le chirurgien s'est servi du catgut à l'acide chromique comme fil de suture. A. CARTAZ.

Ein Fall von (secundârer) Nervennaht am Nervus ulnaris (Suture secondaire du nerf cubital), par M. BERNHARDT et M. TREIBEL (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 46, p. 476, 14 novembre* 1881).

Un homme de 27 ans se fait, avec du verre, une plaie sur le trajet du nerf cubital droit, à 4 travers de doigt au-dessus du poignet.

Cicatrice transversale rétractée et douloureuse. Atrophie des muscles de l'éminence hypothénar et des interosseux. Insensibilité complète du petit doigt, dont la motilité est très restreinte. Troubles trophiques consistant en des poussées de bulles sanguinolentes à la pulpe de ce doigt qui est disposé en griffe.

4 mois après la blessure, incision de la cicatrice, parallèlement à la direction du cubital. Le bout central du nerf, élargi en massue, est soudé par du tissu cicatriciel au bout périphérique qui est épaissi en tumeur.

Suture au catgut des deux extrémités nerveuses, puis excision du tissu intermédiaire dans lequel le microscope ne révèle aucun tube nerveux.

Réunion de la plaie par première intention.

8 mois après l'opération il n'est survenu aucune amélioration ni dans la sensibilité ni dans la motilité. Seuls les troubles trophiques ont disparu, ce qui peut tenir à ce que le blessé est plus habile à soustraire son doigt insensible aux influences nocives. J. B.

Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Nervennaht und Nervenregeneration (Étude critique et expérimentale sur la suture et la régénération des nerfs), par L. WOLBERG (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XVIII, p.* 293 *et* 484, *Band XIX, p.* 82).

Dans ce mémoire de 158 pages, l'auteur non seulement passe en revue toute l'histoire de la suture nerveuse et de la régénération des nerfs coupés, mais y ajoute encore l'appoint de 23 expériences faites sur les animaux (poulets et chats).

Dans une première partie il étudie les diverses théories qui ont expliqué le retour des fonctions nerveuses après la section des nerfs. Il se rattache à la théorie des anastomoses pour certains cas, à celle de la suppléance formulée par Létiévant pour d'autres; il admet enfin qu'il peut y avoir une réunion par première intention, immédiate quand les tubes nerveux se soudent bout à bout, et médiate quand il se forme entre ces tubes un tissu nerveux qui les réunit, mais sans qu'ils aient été dégénérés; la régénération ne peut survenir que lorsqu'il y a eu dégénération, et celle-ci demande un long temps pour se parfaire.

Wolberg se fonde, pour admettre la réunion immédiate et médiate, sur un fait de Kraussold. Il fit la suture des trois nerfs médian, cubital et radial aux deux mains. A droite, un petit segment du cubital était resté intact, à gauche, le médian n'avait pas été coupé complètement. Il est impossible d'admettre que ces deux petits points nerveux aient pu servir au rétablissement des fonctions par les anastomoses. Eh bien ! quarante heures après les sutures, la sensibilité de la main était revenue; sept jours après revenait la motilité, qui était totalement rétablie au bout de trois semaines.

Il faut bien admettre qu'il y a eu là une réunion immédiate ou médiate des nerfs non dégénérés. Glück, d'ailleurs, a démontré le fait par ses expériences de sutures et de transplantation nerveuses chez les animaux.

Dans cette première partie, Wolberg rapporte toutes les observations connues de suture nerveuse, au nombre de quarante-huit, reproduites en partie déjà dans les mémoires de Falkenheim et de Tillmanns; il les analyse et les soumet à la critique : il trouve que 26 fois pour 100 la suture a amené une réunion par première intention, 32 fois sur 100 la régénération s'est faite; 32 fois la suture a été inutile, et 10 fois sur 100 ses résultats sont restés inconnus.

C'est à Baudens que revient la priorité de la suture des nerfs; son opération faite avant celle de Nélaton a été rapportée plus tard par Letiévant. Depuis la suture nerveuse est entrée dans les opérations chirurgicales courantes.

Elle a été faite soit primitivement, soit secondairement, et a porté par ordre de fréquence sur les nerfs suivants :

24 fois sur le nerf médian; 9 fois sur le nerf radial; 26 fois sur le nerf cubital; 1 fois sur le nerf brachial cutané interne; 2 fois sur le nerf musculo-cutané; 1 fois sur le nerf sciatique; 1 fois sur le nerf sciatique poplité externe.

Wolberg passe en revue les différents procédés de suture nerveuse; le fil traverse la substance nerveuse des deux bouts, c'est la suture directe; ou bien le fil traverse le tissu conjonctif péri-nerveux, c'est la suture para-neurotique.

La première est de beaucoup préférable. L'auteur a imaginé pour la parfaire une aiguille spéciale courbée sur le tranchant et figurant un sabre turc. Elle a pour but de dilacérer le moins possible les tubes nerveux entre lesquels elle s'insinue. Comme fil, il emploie de préférence le catgut.

Quand la suture est impossible par suite de la perte de substance trop considérable du nerf, Wolberg conseille la suture par anastomoses défendue par Letiévant, et qui consiste à suturer le bout périphérique du nerf coupé au bout central d'un nerf voisin sectionné et moins important.

Il rejette absolument la greffe nerveuse qui consiste à aviver la face latérale d'un nerf voisin, et à y suturer le bout périphérique du nerf coupé.

Il admet la transplantation nerveuse qui, quoique expérimentée avec succès sur les animaux, a encore besoin d'être appliquée sur l'homme pour recevoir confirmation de son opportunité.

Dans la seconde partie de son mémoire, nous trouvons une étude détaillée de tout ce qui a été fait et écrit sur la régénération et la dégénération des nerfs.

D'après ses expériences, il admet que la dégénération d'un nerf a pour résultat unique la résorption de la myéline. Les cylindres-axes et les gaines de Schwann ne sont pas modifiés. La dégénération paralytique se développe en même temps dans tout le bout périphérique du nerf coupé; dans le bout central il n'y a que des signes de dégénération inflammatoire.

Les fibres nerveuses nouvelles se forment aux dépens des cellules conjonctives du périnèvre du bout central et du bout périphérique. La régénération s'étend dans une direction centrifuge.

En résumé, le mémoire de Wolberg est un plaidoyer convaincu en faveur de la suture des nerfs, jamais dangereuse, et pouvant rendre dans beaucoup de cas de grands services au blessé. E. SCHWARTZ.

Ausschneidung des Nervus alveolaris inferior vom Kieferwinkel aas bei herabhängendem Kopfe (4 cas de résection du nerf dentaire inférieur), par SONNENBURG (*Berliner klinische Wochenschrift*, 16 *octobre* 1882).

Sonnenburg relate 4 nouveaux cas de névralgie faciale traités par la résection du nerf suivant le procédé qu'il a proposé (*R. S. M.*, X, 669); 3 de ces opérations ont été pratiquées par lui-même et la dernière par Langenbeck.

Malgré l'étroitesse de la plaie, qui empêche généralement de distinguer le nerf, celui-ci a été saisi chaque fois sans hésitation ni méprise et a pu être excisé sur une longueur même de 2 centimètres.

Cela répond aux objections que Nicoladoni (*R. S. M.*, XXI, 685) a faites au procédé opératoire de Sonnenburg. Aussi celui-ci repousse-t-il les modifications opératoires imaginées par Nicoladoni, qui ont pour inconvénients de créer une plaie plus vaste, d'exposer aux hémorragies et d'entraîner une cicatrice plus visible. J. B.

Osteoplastic resection of the upper jaw for prosopalgia, with three cases (Résection ostéoplastique du maxillaire supérieur dans les cas de prosopalgie, avec trois observations), par A.-G. GERSTER (*New York Surgical Society*, 11 *décembre* 1883, *et Medical News*, *p.* 71, 19 *janvier* 1884).

Intéressante étude de la résection temporaire du maxillaire supérieur appliquée à la résection de la partie profonde du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel dans les cas de prosopalgie. Les premières opérations de ce genre furent pratiquées par Nussbaum (1863) et Billroth (1864) suivant le procédé classique de Langenbeck. Gerster compare ce procédé à ceux de Carnochan (trépanation du sinus maxillaire), de Wagner (destruction de la paroi supérieure du canal sous-orbitaire), de Bruns et de Lücke (résection permanente ou temporaire de l'os malaire) et lui donne la préférence en le faisant suivre de l'extirpation totale du nerf.

Toutefois, afin d'abréger la longueur de l'opération et de réduire l'étendue des désordres, l'auteur modifie le procédé de Langenbeck en sectionnant l'os malaire par sa partie médiane jusqu'à la fente sphéno-maxillaire (au lieu de sectionner successivement les apophyses frontale et temporale de cet os) et en coupant le plancher de l'orbite d'arrière en avant, parallèlement au canal sous-orbitaire, entre ce canal et le bord interne de l'orbite.

Dans le premier fait le nerf fut simplement sectionné à sa sortie du trou rond et non réséqué. Deux ans après l'affection s'était reproduite avec la même intensité; il fallut faire l'extirpation du nerf par le procédé de Carnochan. Le résultat définitif semble encore très douteux.

Dans la seconde et la troisième opération, la névrectomie fut faite d'emblée ; cependant les douleurs reparurent dans le premier cas au bout de 14 mois, et, dans le second, la guérison n'a été complète qu'au mois de janvier 1883 ; la question de la récidive demeure donc réservée.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, Markœ, Howe et Weir ont communiqué chacun un fait personnel d'opération de Carnochan dans des cas de névralgie sous-orbitaire rebelle. DE SANTI.

Plaie par arme à feu avec fracture comminutive de l'humérus gauche. Tétanos. Mort. Autopsie, par HOLLEVOCT (*Archives médicales belges, octobre* 1883).

Coup de feu à bout portant. La balle pénètre au milieu de la face externe du bras gauche, broie l'os en produisant une fracture oblique à deux larges esquilles, ressort à la même hauteur sur la face interne et vient faire au niveau de l'olécrâne droite un séton des parties molles qui intéresse légèrement le nerf cubital. Pansement phéniqué, appareil plâtré. Pas d'accident au début; au bout de quatre semaines le cal commençait à s'ossifier, quand le blessé perdit l'appétit, éprouva des élancements dans le bras gauche, et fut pris d'un tétanos auquel il succomba au bout de 18 jours.

A l'autopsie on trouva sur le nerf médian gauche, au niveau du trajet de la balle, une parcelle de plomb aplatie et à bords tranchants ; le nerf était fortement congestionné au-dessus et au-dessous de ce point; pas trace de suppuration. Les fragments et les esquilles étaient réunis. DE SANTI.

Des paralysies du nerf radial liées aux fractures de l'humérus et des opérations qu'elles comportent, par G. MONDAN (*Rev. de Chir., mars* 1884).

Dans une fracture de la diaphyse de l'humérus, quel que soit le point où elle siège, le nerf radial peut être lésé et sa paralysie en être la conséquence : tantôt ce n'est qu'une compression momentanée, tantôt c'est une contusion, d'autres fois c'est une lésion plus profonde, qui diminuent ou détruisent sa conductibilité. Sur ces différentes causes de paralysie l'auteur n'insiste pas ; il n'en fait mention que comme exorde du travail qu'il publie et qui a particulièrement trait à la paralysie radiale, due à l'enclavement du nerf entre les fragments osseux.

Aux observations déjà publiées par MM. Trélat, Tillaux, Delens, il en ajoute quelques-unes recueillies dans le service de M. Ollier, et après avoir montré que le diagnostic de l'interposition du nerf est possible et discuté la conduite que le chirurgien doit tenir en pareille circonstance, il érige en principe, en s'appuyant sur plusieurs cas de guérison, la manière d'agir suivante :

« On peut par des manœuvres externes (mouvements de circumduction et d'extension imprimés au fragment inférieur) dégager le nerf, et mettre par là le malade à l'abri de la paralysie. Si les manœuvres échouent, on doit, usant de toutes les précautions antiseptiques, inciser, mettre à nu le foyer de la fracture et faire cesser l'interposition, sous peine de voir le nerf englobé dans le cal.

« Si cet accident vient à se produire, l'évidement du cal, quand le nerf le traverse en plein tissu osseux, ou son dégagement de la gouttière ostéo-périostique qui l'enserre, s'imposent, comme les seules ressources pour guérir la paralysie. »

Dans une thèse récente, M. Boularan s'est également prononcé en faveur de l'intervention, en rapportant trois nouvelles opérations pratiquées par MM. le Fort, Polaillon et Terrier. OZENNE.

Vorstellung eines Falles von operativ geheilter Radialislähmung (Opération pour paralysie radiale), **par James ISRAEL et REMAK** (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 16, *p.* 254, 21 *avril* 1884).

Jeune homme de 17 ans ayant eu le bras droit saisi par une machine; frac-

ture des trois os avec anesthésie du dos de la main et paralysie des extenseurs constatées immédiatement après l'accident.

Les fractures guéries, la paralysie ne se modifia pas, malgré un traitement par l'électricité.

Israël vit cet homme 2 mois après l'accident. Paralysie incomplète du triceps, complète du long et du court supinateurs, des extenseurs de la main et des doigts, ainsi que des abducteurs du pouce.

Tous ces muscles étaient atrophiés et avaient perdu leur excitabilité faradique, tout en se contractant au moment de la fermeture des deux pôles par les courants constants.

Diminution considérable de la sensibilité au dos de l'avant-bras, à la partie externe du dos de la main et au côté cubital du pouce.

Développement exagéré du système pileux sur la face dorsale de l'avant-bras; transpiration anormale de la main. Chaque piqûre d'épingle donnait lieu à la formation d'une papule rouge qui persistait 20 minutes.

Depuis le milieu de la diaphyse humérale jusqu'à l'union de ses tiers moyen et inférieur, on sentait un épaississement fusiforme de l'os. En palpant au niveau de la coulisse bicépitale, on reconnait le siège transversal de la fracture. Au-dessus et au-dessous de la saillie osseuse, on pouvait suivre le cordon arrondi formé par le nerf radial, mais on le perdait complètement au niveau de la fracture.

Israël mit à nu le nerf au-dessous de la fracture humérale, et le suivit en remontant. Arrivé au niveau du cal, le nerf radial, jusque-là arrondi, prenait une forme rubanée, aplatie, et subissait une flexion angulaire causée par l'arête postérieure saillante du fragment osseux inférieur qui était déplacé en arrière et en haut.

Au niveau de son inflexion, le nerf se trouvait complètement soudé au périoste par un tissu conjonctif direct.

Au-dessus de la fracture, le nerf avait sa coloration normale; seule, sa gaine était vascularisée; au-dessus il était d'une couleur mate, jaune citron.

Israël libéra le nerf en incisant la gaine et en le détachant de ses adhérences avec le bistouri et l'élévatoire. Puis il fendit le périoste, qu'il refoula de chaque côté, et enleva au ciseau assez de la saillie osseuse pour permettre au nerf de reprendre sa situation et sa direction normales.

Réunion de la plaie par première intention.

Remak commença l'électrothérapie 4 semaines après l'opération d'Israël. En moins de 3 semaines, le long supinateur commençait à se contracter; 15 jours plus tard, ce fut le tour des extenseurs du poignet, puis celui des extenseurs des premières phalanges. Bref, en 3 mois, le malade avait récupéré la totalité des fonctions de son membre, et il ne restait d'autre trace de la paralysie traumatique que le défaut d'excitabilité farado-musculaire qui est de règle.

Erfolgreiche Dehnung eines durch Knochencallus umschlossenen nervus peroneus (Élongation du nerf sciatique poplité externe enserré dans un cal osseux, suivie de succès), par SZUMAN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 52, 1883).

M.., 31 ans s'est fracturé le fémur droit au tiers inférieur le 8 décembre 1881; par suite de son indocilité la consolidation a été vicieuse. La cuisse est notablement raccourcie. Quand le membre est dans l'extension, le genou ne repose pas sur le lit. A 5 centimètres au-dessus de l'articulation, on trouve en arrière une saillie osseuse très marquée à laquelle correspond en avant une dépression profonde. Le blessé peut à peine marcher.

L'auteur ayant vu le malade au mois d'avril 1882 se décide donc à briser le col et à tenter le redressement du membre. Mais l'intervention manuelle échoue et il faut recourir à l'ostéotomie sous-cutanée du cal.

Opération le 2 mai 1882. Le chirurgien enfonce son couteau au niveau du bord externe de la saillie osseuse qu'il dépasse en avant, puis incise d'avant en arrière le périoste. L'ouverture ainsi pratiquée lui permet d'introduire la scie boutonnée et de scier une partie du cal qui offre du reste peu de résistance, tandis que le nerf sciatique est refoulé en dedans avec le doigt. Il suffit de pratiquer l'adduction du fragment inférieur pour compléter la rupture du cal.

Cependant la traction ne fait pas disparaître complètement l'angle des fragments et le fémur n'est pas amené à la rectitude absolue. Pansement à l'ouate salicylée sans drainage et sans suture; immobilisation. Au bout de trois semaines on enlève l'appareil pour pratiquer l'extension continue au moyen d'un poids.

Six semaines après l'opération les bandages sont enlevés, la consolidation paraît suffisante, mais on remarque que les muscles innervés par le nerf péronier (sciatique poplité externe) sont paralysés et que la jambe et le pied sont atteints d'anesthésie partielle. En explorant le nerf sciatique on le trouve libre et isolable au-dessus du trait de fracture, mais là il disparaît dans l'épaisseur du cal.

Le 21 juin incision des parties molles et dissection du nerf sciatique au-dessus du cal, puis division du tissu de cicatrice qui l'entoure. Entre les deux grandes ramifications du sciatique existe une saillie osseuse. Le sciatique poplité interne repose dans une sorte de gouttière osseuse, enveloppé seulement de tissu fibreux; il est facile à disséquer et à isoler. L'externe au contraire est absolument plongé dans le tissu osseux qu'il faut sculpter pour isoler le rameau nerveux. Les deux nerfs étant ainsi délivrés de leurs adhérences, on en pratique l'élongation, puis le chirurgien excise et détruit les proéminences osseuses qui ont causé les accidents de compression, il replace les lambeaux périostiques qu'il a ménagés et ferme la plaie. Guérison par première intention. Au bout de 4 jours le malade commence à mouvoir le genou et l'on s'efforce d'empêcher par des mouvements de latéralité l'adhérence des nerfs au périoste. Quand le sujet quitte l'hôpital, le 22 juillet, on constate que les deux nerfs sont libres de toute adhérence; le sciatique poplité interne a ses fonctions normales, l'externe est encore paralysé.

L'année suivante (avril 1883) le chirurgien revoit son opéré. Les fragments de la cuisse droite font un angle de 135°, le raccourcissement est de 2 centimètres 1/2. La jambe et le pied ont tous leurs mouvements, seul le gros orteil est encore paralysé. Le malade peut marcher sans bâton. En résumé le résultat terminal de l'opération est satisfaisant. L. GALLIARD.

Eine Nerven-Transplantation, par KAUFMANN (*Corresp.-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 *mars* 1882).

Contre une paralysie radiale consécutive à la section du nerf par une opération de nécrose humérale Kaufmann a pratiqué, le 28 décembre 1880, une greffe nerveuse.

Après avoir libéré et avivé les deux extrémités du nerf radial il en résulta une perte de substance intermédiaire de près de 4 centimètres qu'il fallait combler parce que l'affrontement des deux bouts était impossible vu l'ankylose du coude. Kaufmann transplanta un tronçon du sciatique emprunté à un chien et le sutura à chaque extrémité du radial, au moyen de fils de soie.

Au milieu de février suivant, il était encore impossible de se prononcer sur le résultat de cette opération. J. B.

Étude sur les névromes multiples, par LAUNOIS et VARIOT (*Revue de chirurgie, juin* 1883).

A propos d'une observation fort intéressante, qui s'accompagnait de nombreux phénomènes nerveux, MM. Launois et Variot donnent la description symptomatique d'une des variétés de névromes, les névromes à multiplicité générale et résument de la façon suivante l'examen histologique qu'ils ont fait de quelques tumeurs développées aux dépens des nerfs sous-cutanés :

1° Les névromes sous-cutanés sont formés par de petites tumeurs, distinctes bien qu'accolées, de volume inégal, développées à l'intérieur de la gaîne de Henle ou perinèvre. L'inégalité de leur volume correspond à une phase plus ou moins avancée du processus néoplasique.

2° Ce processus consiste dans une prolifération considérable du tissu cellulaire intra-fasciculaire; cette prolifération détermine soit le refoulement excentrique des tubes contre la paroi des faisceaux, au début, soit à une période plus avancée, un écartement de ces mêmes tubes par du tissu fibreux adulte, mais alors même qu'ils sont très écartés, les tubes sont localisés sur un point de la surface de coupe du névrome.

3° Chose capitale, les tubes nerveux, à quelque place de l'évolution des tumeurs qu'on les considère, ont conservé leur intégrité. Nous n'oserions pas dire qu'aucun d'entre eux n'a subi d'altération régressive et n'ait disparu par la suite; mais il est indéniable que tous les tubes nerveux persistants, fixés par l'acide osmique, offrent leurs caractères normaux.

OZENNE.

I. — On surgical diseases of the kidney and the operations for their relief, par Clément LUCAS (*British med. journ., p.* 611, *septembre* 1883).

II. — Ueber Fixirung der Wanderniere durch Operation mit Krankenvorstellung (Opération pour immobiliser les reins flottants, par Eug. HAHN (*Berlin. klin. Woch.*, 31 *juillet* 1882).

III. — On malpositions of the kidney, par David NEWMAN (*Thèse de Glasgow et Glasgow med. journ., août* 1883).

IV. — Fixation of movable kidney, par Robert WEIR (*New York med. journ.* 15 *février* 1883).

V. — La néphrorraphie pour la guérison du rein mobile, par A. CECCHERELLI (*Riv. clinica, avril* 1884).

VI. — Ueber eine neue Method der temporären Harnleiterverschliessung... (Nouveau procédé d'oblitération des uretères dans un but diagnostique), par Oscar, SILBERMANN (*Berliner klin. Woch.*, 20 *août* 1883).

VII. — Hydronéphrose suppurée d'un rein mobile traitée par établissement d'une fistule du bassinet, par LANDAU (*Ibid.*, 13 *décembre* 1883).

VIII. — A case of nephrectomy for cystic tumour of a floating kidney, par William WALTER (*British med. journ., p.* 615, *septembre* 1883).

IX. — Case of extirpation of a displaced kidney, par POLK (*New York med journ.*, 17 *février* 1883).

X. — A case of traumatic suppurating hæmatoma connected with the left kidney, par John MARSHALL (*Med. Times, p.* 624, 2 *juin* 1883).

XI. — A case of nephrectomy for rupture of the kidney where lateral cystotomy was performed, par Henry G. RAWDON (*Royal med. and chir. Soc., Med. Times, p.* 624, 2 *juin* 1883).

XII. — Mannskopfgrosse Blutkyste der linken Niere (Kyste sanguin du rein gauche, néphrectomie), par G. LEOPOLD (*Arch. f. Gynækol. Band XIX Heft* 1).

XIII. — Nephrectomy for the removal of cancerous or sarcomatous tumours of the kidney, par John HOMANS (*Boston med. and surg. journ.*, 24 *janvier* 1884).

XIV. — Case of excision of an enlarged cancerous kidney, par Spencer WELLS (*Med. Times, p.* 624, 2 *juin* 1883).

XV. — A case of nephrectomy for medullary carcinoma and partial choleocystectomy for calculus in the same subject, par Samuel-W. GROSS (*The med. News,* 9 *juin* 1883).

XVI. — Exstirpation einer Niere, par J. ROSEMBACH (*Berl. klin. Woch.*, 30 *janvier* 1882).

XVII. — Zur Frage der Nierenexstirpation, par A. MARTIN (*Ibid.*, 6 *mars* 1882).

XVIII. — Exstirpation der linken Niere (Extirpation du rein pour un énorme fibrome de la capsule, par Reinhold BRUNTZEL (*Ibid.*, 4 *décembre* 1882).

XIX. — Ein Fall von Nierenexstirpation, par James ISRAEL, E. KUESTER, von BERGMANN, LANDAU, P. GÜTERBOCK (*Ibid.* 24 *septembre*, 1er *octobre et* 5 *novembre* 1883).

XX. — On three successful cases of nephrectomy, par THORNTON (*The Lancet,* 26 *mai* 1883).

XXI. — A case of abcess of the kydney, nephrectomy, par WHITEHEAD et THORNBURN (*Brit. med. journ., p.* 1226, *juin* 1883).

XXII. — A case of nephrectomy, par C.-D. PALMER (*The med. News,* 12 *mai* 1883).

XXIII. — Extirpation of the kidney, par Paolo de VECCHI (*San-Francisco Western Lancet, novembre* 1882).

XXIV. — Nephrectomy for chronic pyelitis with large phosphatic renal calculus par WRIGHT (*New York med. journ.*, 17 *février* 1883).

XXV. — A successfull case of nephrotomy and nephrectomy for scrofulous pyelitis, par George ELDER (*The Lancet,* 7 *octobre* 1882).

XXVI. — Case of strumous disease of the kidney considered in relation to nephrectomy, par Henry GOODRIDGE (*Brit. med. journ., p.* 85, *juillet* 1882).

XXVII. — *Idem*, par Thomas COLE (*Ibid., p.* 208, *août* 1882).

XXVIII. — Nephrolithotomy, par Bernett MAY (*The Lancet,* 17 *février* 1883).

XXIX. — Zwei Laparotomien innerhalb eines Jahres... (Deux laparotomies faites en un an sur la même malade atteinte d'hydronéphrose d'un rein flottant par J. SCHRAMM (*Berl. klin. Woch.*, 10 *septembre* 1883).

XXX. — Ein Fall von Operation einer Pyonephrose, par James ISRAEL (*Ibid.*, 18 *décembre* 1882).

XXXI. — Congenital hydronephrosis successfull treated by aseptic incision in the loin and drainage, par TUCKWELL (*The Lancet*, 29 *juillet* 1882).

XXXII. — The clinical history and localisation of perinephric abcess, par J. ROBERTS (*American journ. of the med. Soc.*, *p.* 390, 1883).

I. — Revue critique bien faite sur les récents travaux parus en Angleterre sur les opérations concernant le rein. L'auteur, après avoir donné une statistique générale des succès de la néphrectomie (50 0/0 environ), examine les conditions spéciales dans lesquelles a été tentée cette opération, et les chances qu'elle présente suivant les cas.

Les indications qui ont porté le chirurgien à extirper ou à sectionner le rein sont : 1° l'existence d'un rein flottant donnant lieu à des douleurs intolérables ; 2° l'hydronéphrose ; 3° les kystes isolés et volumineux du rein; 4 les tumeurs hydatiques ; 5° la pyonéphrose ou pyélite suppurée ; 6 enfin les tumeurs du rein, cancer et tuberculose. L'auteur fait connaître deux cas où, dans un diagnostic douteux, l'incision exploratrice de la région lombaire a été pratiquée, pour reconnaître directement l'état du rein, sans préjudice aucun pour les malades. Il conclut en disant que ce moyen n'est nullement dangereux, et qu'on devrait souvent l'employer, lorsqu'on soupçonne l'existence d'un calcul. Pour les tumeurs liquides du rein (kyste ou hydronéphrose), il vaut mieux préalablement les ponctionner avant de les extirper, et, en pareil cas, les attaquer par la région postérieure sous-péritonéale. Cependant, pour quelques tumeurs solides et pour les reins flottants, il préfère aller chercher le rein malade par la voie abdominale antérieure, à travers le péritoine. H. R.

II. — Au lieu d'extirper les reins mobiles, Hahn a imaginé de les fixer dans la région lombaire. Il a exécuté cette opération avec succès sur 3 personnes ; sur l'une d'elles l'opération fut pratiquée des deux côtés.

Dans la discussion du 11e congrès de la Société allemande de chirurgie, tandis que Kuester, Esmarch, Delhaes déclarent avoir fait plusieurs fois la même opération avec un bon résultat, Landau s'élève contre l'intervention chirurgicale qui est à la fois inefficace et dangereuse.

En effet, Hahn, ne fixant pas l'organe en son siège normal, soumet à une tension les vaisseaux sanguins et l'uretère, d'où la possibilité d'une hydronéphrose.

Landau distingue, sous le rapport étiologique, deux sortes de reins flottants :

1° Les reins flottants congénitaux qui ne donnent jamais lieu à aucune souffrance et dont la mobilité est précisément un avantage à conserver;

2° Les reins flottants pathologiques, résultant d'une émaciation considérable et qui pourraient être guéris en redonnant de l'embonpoint aux malades. J. B.

III. — L'auteur a consacré sa thèse à l'étude des vices de position du rein, il en distingue trois sortes : le simple déplacement sans mobilité de l'organe ; le rein mobile et le rein flottant.

Nous ne signalerons dans ce travail que deux points relatifs au traitement. L'auteur donne la préférence à la néphrorraphie, fixation du rein

à la paroi, sur la néphrectomie. La néphrorraphie pratiquée pour la première fois par E. Hahn (voy. ci-dessus) a été faite 8 fois sans accident, dont une fois par l'auteur ; avant d'entreprendre quelque opération que ce soit sur le rein, M. Newman veut que l'on fasse le cathétérisme uréthral pour s'assurer du bon état du rein, par l'examen de l'urine. Il ne trouve pas pratique la méthode de Polk, dont il donne la description, pour cette recherche.

Il emploie pour cette investigation une petite sonde portant une lampe électrique et un spéculum uréthral. La vessie est lavée avec une solution d'acide borique, puis distendue avec huit onces de cette solution. La petite lampe microscopique à incandescence étant introduite dans la vessie, on passe le spéculum, puis avec une sonde on va chercher l'uretère et on retire l'urine de chaque rein à part.

Il est bon d'ajouter que ces recherches ont été faites chez des femmes ; c'est en grande majorité chez elles que se rencontrent les reins flottants et mobiles.

On trouvera dans le travail de M. Newman, avec ses observations personnelles, la statistique dressée par Harris sur 100 cas de néphrectomie. A. C.

IV. — L'auteur rapporte un cas de mobilité rénale où il a pratiqué avec succès l'opération de Hahn, qui consiste à fixer le rein en suturant sa capsule avec la paroi abdominale. Il s'agissait d'une femme de 33 ans qui, ayant été serrée entre deux voitures et violemment contusionnée, avait vu se manifester une tumeur mobile et douloureuse, occupant la partie droite de l'abdomen ; depuis cette époque elle avait constamment des accès douloureux très pénibles, parfois accompagnés de nausées, de vomissements et d'un peu d'hématurie. Le rein, très mobile, avait son volume normal et paraissait sain ; Weir fit une incision le long du bord externe du muscle carré des lombes et, arrivé sur la capsule cellulo-graisseuse du rein, fixa solidement celle-ci aux lèvres de l'incision par cinq ou six points de suture an catgut ; il plaça par précaution un drain à la partie inférieure de la plaie et laissa celle-ci ouverte afin d'obtenir du tissu de granulation. La guérison se fit en cinq semaines, et le rein demeura parfaitement fixé ; mais la malade conserva un certain degré d'hyperesthésie sur le trajet des nerfs tombo-abdominaux, probablement lésés durant l'opération. H. BARTH.

V. — Ceccherelli a pratiqué chez une femme de 28 ans l'opération de Hahn. La malade avait des troubles nerveux très graves dus à un rein mobile. L'opération fut faite avec toutes les précautions antiseptiques ; mais la malade mourut dans le collapsus 45 heures après. A. C.

VI. — Il serait souvent avantageux pour le chirurgien qui se dispose à extirper l'un des reins, de s'assurer si l'autre est sain.

A l'imitation de Tuchmann, l'auteur a imaginé dans ce but un *compresseur des uretères* qui a pour effet d'obturer momentanément l'orifice vésical d'un de ces conduits et de permettre ainsi l'examen de l'urine amenée uniquement par l'autre uretère.

Silbermann a expérimenté son instrument sur des cadavres d'abord, puis sur des animaux et enfin sur des hommes vivants. Il affirme que l'introduction et l'extraction en sont faciles et qu'il remplit réellement son but. Il l'a introduit 27 fois sur 15 personnes dont 5 du sexe masculin. Deux fois seulement l'oblitération de l'uretère était imparfaite à cause des dimensions considérables du bas-fond de la vessie; mais il est facile d'y remédier en distendant davantage le ballon.

Malheureusement Silbermann n'a pas encore eu l'occasion d'appliquer son appareil au diagnostic des affections rénales, car les sujets qui ont servi à ses expériences ne présentaient aucune maladie de l'appareil urinaire. J. B.

VII. — Femme de 60 ans, souffrant depuis longtemps d'une hydronéphrose du rein droit qui était mobile. La tumeur disparaissait de temps en temps mais finalement il se développa une pyonévrose et un abcès périnéphrétique qui mirent le malade en danger.

Le 19 juin Landau se décida à établir une fistule du bassinet. Au lieu de procéder comme Simon (*R. S. M.*, X, 620) par formation préalable d'adhérences, il sutura aux parois abdominales, avant de l'exciser, la tumeur kystique qui n'était pas adhérente.

La quantité d'urine sécrétée par les restes du rein atrophié est peu considérable. L'opérée guérit sans fièvre.

C'est la 3e opération de ce genre ; les deux premières sont celles de Winckel (*R. S. M.*, XI, 708) et d'Ahlfeld (*R. S. M.*, XVI, 295). J. B.

VIII. — Femme de 42 ans, entrée le 9 avril 1883 pour une tumeur mobile du rein. A une première exploration, l'organe avait sa forme et ses dimensions normales : plus tard, on reconnut qu'il était devenu sphérique et deux fois plus volumineux que le rein physiologique. En même temps l'état général s'était aggravé : des vomissements fréquents étaient survenus et la palpation de l'hypocondre droit était douloureuse. Le déplacement du rein paraissait consécutif à un accouchement survenu 5 ans auparavant ; elle s'en était aperçue alors ; sous l'influence des efforts musculaires sa tumeur descendait dans l'abdomen, sans produire de trouble appréciable du reste à cette époque.

L'opération fut décidée. Tout d'abord on fit une incision exploratrice sur la ligne blanche pour s'assurer s'il ne s'agissait pas d'une tumeur épiploïque. Puis on prolongea l'incision au-dessous de l'ombilic, en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques. A première vue la tumeur se présenta avec l'apparence d'un kyste à parois bleuâtres, semblable à certains ovaires kystiques. L'introduction de la main fit voir que le rein droit était attenant à la tumeur. Après avoir sectionné le péritoine et décollé le rein, on ponctionna le kyste qui renfermait 300 grammes d'un liquide albumineux sans apparence d'urine. Des fils de soie phéniquée furent placés autour de l'uretère et du hile rénal, puis tout le pédicule du rein sectionné d'un seul coup. Il y eut à peine de suintement sanguin, la suture de l'abdomen fut immédiatement pratiquée et la plaie pansée avec du thymol.

Le jour même, la malade fut très faible, mais put cependant absorber de l'alcool à assez haute dose. Le lendemain, elle était bien : six jours après, on put enlever les fils à suture.

Les choses allèrent parfaitement bien jusqu'au 12e jour, elle fut prise à ce moment d'un embarras gastrique fébrile et d'un accès de délirium tremens dont elle guérit en trois jours sous l'influence de hautes doses de chloral.

La guérison complète fut obtenue en un mois, et les vomissements qui existaient d'une façon incessante avant l'opération, cessèrent définitivement. H. R.

IX. — Cette observation est très intéressante à divers points de vue et mériterait d'être reproduite presque *in extenso;* elle contient en effet : 1° un fait très remarquable d'absence de l'utérus et du vagin avec développement normal des ovaires et des mamelles, et molimen menstruel dévié sur l'organe rénal ; 2° un fait d'unicité du rein, avec déplacement spontané ; 3° un fait d'anurie expérimentale, en quelque sorte, à la suite de l'extirpation du rein unique, la survie ayant été de onze jours en dépit de l'absence de toute sécrétion urinaire.

Voici le résumé du cas :

Une jeune fille de 19 ans, parfaitement développée en apparence, vint consulter l'auteur, en se plaignant de n'être pas faite comme les autres femmes et d'éprouver au moment de ses règles des crises douloureuses très pénibles. Elle n'avait vu pour la première fois qu'à l'âge de 17 ans, et fort irrégulièrement depuis ; elle était prise chaque fois de vives douleurs dans le dos et dans la fosse iliaque gauche, suivies d'un écoulement sanguin plus ou moins prolongé qui lui semblait venir avec son urine. Elle se portait bien dans les intervalles. L'examen fit voir que la conformation générale du corps ne laissait rien à désirer; les seins étaient volumineux, bien développés, le bassin un peu petit; les organes génitaux externes étaient rudimentaires, et l'orifice vaginal manquait complètement. A l'aide du doigt introduit dans le rectum, après chloroformisation, on put s'assurer que le pelvis ne renfermait absolument que la vessie et le cylindre intestinal. Dans la fosse iliaque gauche, on découvrait une tumeur profondément située, très mobile dans toutes les directions, de forme ovale, à grand axe dirigé en bas et en dedans, et qui semblait être le siège des crises douloureuses dont la malade se plaignait.

Malgré l'absence constatée de l'utérus, on crut devoir tenter l'établissement d'un conduit vaginal suffisant pour permettre l'acte sexuel : une incision fut donc pratiquée sur la ligne médiane en arrière du méat, et poussée jusqu'à un pouce de profondeur, mais comme on ne découvrait aucun vestige de canal, il fallut s'arrêter, et la plaie fut refermée. Cependant la malade persistait à réclamer tout au moins le soulagement de ses crises douloureuses qui la mettaient hors d'état de travailler pour gagner sa vie. La tumeur qu'on reconnaissait dans la fosse iliaque gauche était évidemment un rein, et les phénomènes de congestion menstruelle dont il était le siège, pouvaient être attribués au voisinage d'un des ovaires. La situation de ce rein dans la fosse iliaque en rendait l'extirpation facile sans ouverture du péritoine, et, après mûre réflexion, l'auteur se décida à la pratiquer.

L'opération fut faite sans aucune difficulté et sans accident; le rein enlevé pesait 198 grammes; il était parfaitement sain. La malade parut surmonter bien le shock opératoire, et n'eut aucune fièvre ; mais, dès le lendemain, elle fut prise de vomissements ; la sonde ne ramenait pas une goutte d'urine, et il devint bientôt évident que le rein extirpé *était unique*. Cependant la malade conservait assez bien ses forces; une diarrhée aqueuse s'était établie, et on s'efforçait de provoquer les sueurs au moyen de la pilocarpine. Le quatrième jour, la respiration devint irrégulière, et descendit à 8° par minute (sans qu'on ait noté le rythme de Cheyne-Stokes); il y eut de la somnolence, mais, dans l'intervalle, la malade conservait son intelligence entière. Le cinquième jour, il y eut quelques soubresauts convulsifs des bras et des mains, et une anesthésie transitoire de la jambe droite. Le sixième jour, le cathétérisme amena l'évacuation d'une certaine quantité de liquide blanchâtre, floconneux, renfermant beaucoup d'albumine et une faible proportion d'urée; la malade eut un peu de délire interrompu par des somnolences; pouls filiforme, régulier, à 108° environ. Le septième jour, altération profonde des traits, faiblesse et irrégularité du pouls; le cathétérisme amène encore un peu de liquide vésical semblable à celui de la veille; délire et agitation; à plusieurs reprises, la malade se plaint d'obnubilation de la vue. Le neuvième jour, légère attaque de hoquet; démangeaisons très vives sur tout le corps; amblyopie plus accentuée. Le dixième jour, transpiration profuse et continuelle; une éruption rosée érythémateuse apparaît sur la poitrine et les bras; dans la soirée, dyspnée et cyanose. Le onzième jour, abattement très marqué, somnolence continuelle interrompue par de violents mouvements convulsifs des membres; démangeaisons très vives ; attaques fréquentes de hoquet; intelligence entière dans les moments de calme. Le douzième jour, léger délire,

pouls 84° régulier, respiration 12°, moins gênée que les jours précédents. A midi, accès soudain de dyspnée, pouls 59°, petit et irrégulier; convulsions cloniques générales suivies de rigidité du tronc et des membres; dilatation extrême des pupilles; la respiration s'arrête progressivement, et la malade succombe à midi et quart, onze jours et une heure après l'opération.

A l'autopsie, on constate l'*absence complète du rein droit* et de l'uretère correspondant; le rein gauche (enlevé pendant la vie) était placé au-devant du muscle iliaque et couché obliquement dans la fosse iliaque interne; la loge qu'il occupait est en grande partie comblée par du tissu de granulation. Les deux capsules surrénales existent et semblent normales. La vessie, légèrement enflammée, est vide d'urine; l'angle droit du trigone n'existe pas, et la papille uréthrale fait complètement défaut de ce côté. Le *vagin et l'utérus font entièrement défaut;* le péritoine passe de la face postérieure de la vessie à la face antérieure du rectum, comme chez l'homme. Les ovaires, bien développés et paraissant sains, occupent une situation anomale dans l'angle de réunion du muscle psoas et du muscle iliaque; l'ovaire gauche n'est séparé de la loge où se trouvait le rein, que par le péritoine et sa doublure celluleuse; chacun des deux ovaires présente à sa surface de nombreux follicules de de Graaf à divers degrés de développement. La trompe de Fallope, du côté droit, est assez bien développée, terminée à son extrémité interne par un cul-de-sac; le parovaire se voit distinctement dans l'épaisseur du feuillet du ligament large; du côté gauche, on ne découvre qu'un vestige du pavillon frangé. Les ligaments ronds sont représentés de chaque côté par une corde fibreuse, pleine, d'un diamètre maximum de 13 millimètres, que l'on peut suivre depuis le canal inguinal jusqu'à la cavité pelvienne, où il se perd dans le tissu sous-péritonéal. Du côté gauche, le cordon fibreux descend jusqu'au niveau du bas-fond de la vessie; du côté droit, il s'arrête beaucoup plus haut. Les organes cardio-vasculaires et digestifs n'offrent aucune lésion qui mérite d'être notée.

L'auteur expose que la possibilité de l'unicité du rein lui était venue à l'esprit, mais que ne voyant d'autre moyen de s'en assurer que par l'ouverture de la cavité abdominale, il avait préféré courir la chance d'une anomalie en somme assez rare, plutôt que d'exposer sa malade aux dangers d'une grave opération, que la situation anormale du rein douloureux permettait d'éviter. Il se propose, dans le cas où le même problème se présenterait de nouveau à son observation, de comprimer l'uretère à l'aide d'un cathéter courbe introduit dans la vessie à la rencontre des doigts portés dans le rectum; avec un peu d'exercice, on arriverait facilement ainsi à obturer pendant quelques minutes l'uretère du rein à enlever, et à reconnaître si dans ces conditions la vessie reçoit encore de l'urine. H. BARTH.

X. — Fillette de 3 ans renversée par une voiture, dont une roue lui passe sur le corps. Elle se remet de l'accident et, un mois plus tard, pouvait quitter le lit. Quatre mois plus tard, réapparition de douleurs dans la région lombaire, gonflement, fluctuation. Une ponction aspiratrice donne 150 grammes d'un liquide jaune-brun, contenant 5,5 0/0 d'urée. Ponction avec un gros trocart, drainage, issue de 36 onces de liquide. Guérison. A. C.

XI. — Enfant de 12 ans. Chute de 8 pieds sur un pavé de pierre, douleur vive dans la région lombaire, hématurie croissante qui fait diagnostiquer une rupture du rein. Au 17e jour, l'hémorragie persistant, on pratique la néphrectomie (par l'incision lombaire). Soulagement consécutif. Quelques jours plus tard, cystite violente; on pratique la cystotomie, et on retire quantité de caillots sanguins fétides. Le petit malade succomba 40 jours après son accident, emporté par la pyélite et la suppuration du rein gauche. A. C.

XII. — La malade était âgée de 33 ans, et le diagnostic de la maladie était

kyste de l'ovaire du côté gauche. Après avoir ouvert l'abdomen sur la ligne blanche, on retire de la tumeur, par ponction, quatre litres de liquide rouge sanguin : on reconnaît alors que le point de départ de la tumeur est l'extrémité inférieure du rein gauche, et il paraît impossible d'isoler la tumeur du rein. L'opérateur applique sur le hile trois ligatures, et détache le rein en laissant devant les ligatures un moignon d'une épaisseur de deux centimètres. Une ligature en masse est appliquée sur le pédicule, qui est abandonné dans l'abdomen. La convalescence a lieu sans réaction fébrile ; la guérison était complète quatre semaines après l'opération. L'urine, provenant du rein droit, a été recueillie chaque jour pendant les vingt-cinq jours qui ont suivi l'opération ; sa quantité, pendant les quatorze premiers jours, a oscillé autour de 500 grammes (minimum 110 grammes le treizième jour) ; puis elle s'est rapprochée de la quantité normale. Sa coloration pendant les premiers jours était jaune très foncée; elle ne déposait aucun sédiment, ne renfermait ni sucre ni albumine, son poids spécifique était de 1022; et la proportion d'urée de 24 0/0. La tumeur enlevée avait le volume d'une tête d'adulte. Le tissu rénal, nullement altéré dans sa structure, était séparé de la tumeur par une couche connective de 2 à 5 millimètres d'épaisseur. Cette couche renfermait des cristaux d'hématoïdine d'autant plus abondants, qu'on se rapprochait de la face interne de la paroi de la tumeur. La paroi de la tumeur était tapissée vers le rein de caillots sanguins, les uns frais, les autres organisés : sur le reste de son étendue elle était recouverte de croûtes sanguines, dures et noires. Le contenu liquide de la tumeur, très riche en albumine, était presque exclusivement composé de globules rouges frais ou ratatinés et de détritus cellulaires de forme indéterminée. La capsule rénale s'étendait sur la tumeur et la recouvrait entièrement. La tumeur ne présentait aucune communication avec des vaisseaux sanguins ou des poches anévrismales. L'uretère n'avait aucune relation avec la tumeur ; ce qui explique la composition normale de l'urine. L'auteur ne connaît aucun exemple de kyste sanguin rénal et pense que le diagnostic de semblables tumeurs est très difficile, sinon impossible.

Depuis la publication du travail de Kroner (*R. S. M.*, XX, p. 293), 35 nouvelles observations de néphrectomie ont été publiées, y compris cette dernière ; ce qui porte à 76 la liste de ces opérations. 38 ont été pratiquées par la voie abdominale et ont donné 22 morts et 15 guérisons (1 résultat inconnu) ; 38 par la voie lombaire, et ont donné 13 morts et 24 guérisons (1 résultat inconnu). H. DE BRINON.

XIII. — Cette intéressante communication renferme l'observation d'un cas nouveau d'extirpation du rein pour une tumeur de cet organe. L'auteur fait suivre l'histoire de ce cas, d'un tableau analytique où il a réuni les données relatives à 25 autres cas d'opérations pratiquées dans de semblables conditions et qu'il a pu réunir avec l'aide du Dr Howard Lombard. Les indications bibliographiques de ces 25 faits sont données avec soin ; il s'agit toujours d'extirpations faites pour des sarcomes et des cancers des reins ; Homans n'a pas voulu tenir compte des néphrectomies pratiquées pour d'autres affections et dont les observations publiées sont au nombre de 105. Les 25 cas qu'il cite sont ceux de Walcott ; Peaslee ; Langenbeck ; C. Hueter ; Jessop ; Kocher, de Berne (2 cas) ; Byford ; Martin, de Berlin ; Czerny (5 cas) ; Lossen ; Bardenheuer (2 cas) ; Barker ; Lücke ; Whitehead ; Hicquet ; Z.-E. Adams ; Rawdon ; Spencer Wells ; S.-W. Gross. L'affection qui avait motivé l'intervention était le sarcome du rein (12 fois), le carcinome (6 fois), l'encéphaloïde (4 fois), l'adénome dans un cas, et trois fois des tumeurs indéterminées comme nature. Sur 26 cas, le sien compris, on peut compter 8 guérisons, 17 morts ;

une des observations est restée sans solution connue. La cause, accusée, de la terminaison fatale fut deux fois l'hémorragie immédiate, deux fois le collapsus opératoire, cinq fois la péritonite, deux fois la péritonite septique, le choc, deux fois, l'embolie pulmonaire, la septicémie, une fois ; dans un cas, il y eut récidive et mort ; une fois la cause de la mort est restée inconnue.

L'incision lombaire, pratiquée sept fois, a donné 4 guérisons, 2 morts, un résultat inconnu. L'incision antérieure (par laparotomie), sur 19 cas, a donné 15 morts.

Dans le cas rapporté par l'auteur, la tumeur remplissait le flanc et l'hypochondre gauches et s'étendait jusqu'à la fosse iliaque ; elle était peu mobile, et avait mis deux ans à atteindre le volume qu'elle présentait ; on eût pu la confondre avec une tumeur développée dans la rate.

L'incision abdominale s'accompagna d'un accident ; le côlon fut blessé, mais on le sutura aussitôt avec du catgut. La tumeur était si considérable qu'il fallut faire une incision en T de la paroi abdominale pour l'enlever, ce qui fut fait en divisant le péritoine qui la recouvrait, en dégageant son extrémité inférieure d'abord, puis la supérieure ; puis en liant à la soie phéniquée et en coupant son pédicule comprenant les vaisseaux rénaux et l'uretère. Un drainage fut établi à la région lombaire et la plaie de la paroi abdominale fut réunie par suture. L'opéré succomba au commencement du troisième jour ; l'autopsie démontra l'existence d'une péritonite suppurée.

La tumeur était un cancer du rein. PAUL BERGER.

XIV. — Homme de 58 ans. Extirpation du rein pour un cancer. La tumeur mesurait six pouces.

Le malade mourut le cinquième jour.

L'auteur recommande, pour toutes les opérations de néphrectomie par la voie abdominale d'avoir soin de réunir et suturer non seulement le péritoine antérieur, mais le revêtement péritonial du rein. La mort, dans ce cas, est survenue vraisemblablement par exsudation sanguine des bords du péritoine dans la cavité péritonéale. A. C.

XV. — Cette double opération a été pratiquée sur une femme de 59 ans, qui portait une tumeur volumineuse (une tête d'enfant) occupant la région lombaire et inguinale droite. La tumeur est inégale, dure, mobile ; une ponction exploratrice n'a donné que quelques gouttes de liquide sanguinolent. A diverses reprises, hématurie accompagnée de douleurs. Le diagnostic fut sarcome du rein. L'augmentation croissante de la tumeur détermina l'auteur à faire l'ablation du rein. Dans l'hypothèse d'une erreur de diagnostic et d'une tumeur ovarique, on fait l'incision sur la ligne blanche. Après ouverture du péritoine, on constate que la tumeur est bien rénale et on prolonge l'incision au-dessus de l'ombilic. Le pédicule est transfixé et les deux parties liées séparément. Ligature au catgut de l'artère rénale. La vésicule biliaire qu'on avait trouvée extrêmement distendue et contenant un calcul du volume d'une olive d'Espagne est ouverte, le calcul extrait, et les parois sont suturées avec du catgut. Durée de l'opération, 55 minutes. Mort trois jours plus tard : dysurie, puis suppression totale des urines vingt-huit heures avant la mort.

A l'autopsie, on trouve un petit épanchement (six onces) de sérum sanguinolent dans la cavité péritonéale. Adhérences légères des intestins. Rein gauche congestionné. Foie gras, hypertrophié. Plaies et pédicule en bon état. Pas de noyaux sarcomateux dans les viscères ou les glandes lymphatiques. La tumeur pesait 18 onces.

L'auteur fait suivre son observation d'une étude comparée des autres néphrectomies pour cancer, au nombre de vingt-deux. A. C.

XVI. — Rosenbach a trouvé dans la littérature 65 extirpations du rein dont 28 suivies de mort.

29 fois l'opération avait été faite par la paroi abdominale et 16 des opérés ont succombé; 36 fois elle fut pratiquée au moyen d'une incision lombaire et 12 des opérés ont succombé.

17 fois l'opération avait eu lieu pour suppuration du rein ou du bassinet avec ou sans calculs et 7 des opérés moururent.

13 fois pour tumeurs, et 9 moururent.

9 fois pour hydronéphroses ou kystes, et 3 moururent.

9 fois pour rein mobile, et 2 moururent.

5 fois pour calculs et rein douloureux non suppuré, et 2 moururent.

5 fois pour fistule de l'uretère, et 2 moururent.

3 fois pour adhérence avec des tumeurs, et 2 moururent.

2 fois pour traumatisme récent, et 2 guérirent.

1 fois pour tuberculose, et 1 mourut.

Voici maintenant le résumé de l'observation de Rosenbach :

Homme de 42 ans. Tumeur dans le flanc droit s'étendant à gauche jusqu'à la ligne médiane, en bas jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, elle n'est pas fluctuante.

Opération le 24 juillet 1881. Incision de Simon sur le bord externe du long dorsal, depuis la dixième côte jusqu'à la crête iliaque.

Un trocart explorateur enfoncé dans le rein heurte contre des calculs et évacue du pus caséeux.

En isolant le rein en avant, Rosenbach tombe successivement dans deux foyers purulents constitués le premier par un abcès périnéphrétique, le second par le bassinet dilaté.

Après avoir agrandi son incision cutanée par en bas, Rosenbach ouvre largement le rein qui forme un sac à parois minces et parvient avec beaucoup de peine à placer une double ligature sur le pédicule. Enfin il extirpe le rein en en laissant à peine un tronçon de la grosseur du doigt et draine le bassinet.

Le malade avait perdu très peu de sang, mais l'opération avait duré trois heures : jusqu'au soir le pouls fut insensible. La température reste en général au-dessous de la normale. Malgré un matelas d'eau, il se développe plusieurs eschares. Bien que la plaie demeurât complètement aseptique, les drains donnaient écoulement à une sérosité ténue qui augmentait de quantité à mesure que celle de l'urine diminuait. Rosenbach reconnut que l'urine refluait de la vessie par l'uretère pour venir sourdre hors de la plaie.

Le 12 novembre, l'opéré avait augmenté de 20 livres ; la fistule située immédiatement au-dessus de la crête iliaque n'était pas encore complètement fermée, bien que sa sécrétion fût insignifiante. L'urine renfermait encore du pus.

Le rein extirpé était creusé de cavités anfractueuses traversées par des brides formées par les restes de mamelons et de substance médullaire. Les cavités étaient remplies de bouillie caséeuse et contenaient de nombreuses concrétions de phosphate ammoniaco-magnésien. Il restait à peine un demi-centimètre de substance corticale.

Le microscope ne montra nulle part trace de tuberculose rénale, mais seulement une distinction de l'appareil sécréteur et de la néphrite interstitielle.

XVII. — De 1878 à la fin de 1880, A. Martin a pratiqué 8 extirpations de reins chez des femmes : une pour un cancer du rein droit; guérison (*R. S. M.*, XVI, 292); sept pour rein droit flottant; trois des opérées ont succombé à l'inanition, à la septicémie ou à la péritonite chronique.

XVIII. — Demoiselle de 33 ans, ayant depuis 5 ans une tumeur abdominale se développant lentement sur la ligne médiane et paraissant tellement fluctuante qu'on y plongea à plusieurs reprises un trocart sans aucun résultat.

Urines normales.

La tumeur d'origine rétro-péritonéale avait soulevé devant elle le feuillet postérieur de la séreuse et l'insertion du mésentère qui se trouvaient appliquées contre la paroi abdominale antérieure. La fluctuation de la masse encore si nette que malgré tous ses insuccès antérieurs, Rosenbach y fit une ponction aussi vaine que les précédentes.

Les adhérences de la tumeur au côlon descendant étaient si intimes qu'en les rompant on produisit plusieurs déchirures du mésocôlon. Le volume énorme et la consistance mollasse de la masse gênaient beaucoup les manœuvres et empêchaient de reconnaître son point de départ. En arrière, elle semblait présenter un pédicule qui après avoir été lié et coupé fut reconnu pour l'uretère gauche. Mais dans la cavité rétropéritonéale qu'on avait sous les yeux, une fois la tumeur extraite, il fut impossible d'apercevoir le rein gauche. En examinant la tumeur, Rosenbach s'aperçut que ce rein occupait une sorte d'enfoncement placé à la partie postérieure de la masse extraite.

A ce moment, l'état de l'opérée exigea la respiration artificielle et des injections d'éther. La tumeur pesait 37 livres 1/4. C'était un fibrome provenant de la capsule rénale, composé de nombreux mamelons ayant la grosseur d'une tête d'enfant ou d'adulte. La sensation de fluctuation tenait à la présence d'un abondant tissu graisseux, lâche, disséminé au sein d'une trame conjonctive dense.

Le rein était normal.

Dans les premiers jours il y eut une diminution inquiétante d'urine (65, 85, 120 grammes) qui cessa à partir du sixième jour.

Le 9e jour on s'aperçut que des matières fécales sortaient par l'angle inférieur de la plaie. Une perforation du côlon descendant était donc vraisemblablement la cause de ce collapsus.

Après élimination de quelques lambeaux d'intestin gangrené, la fistule se ferma et dès la quatrième semaine la malade put se lever. A l'heure actuelle sa santé est parfaite.

XIX. — Voici d'abord l'observation d'Israel :

Femme de 28 ans, fort affaiblie, et présentant une tumeur de l'hypocondre gauche. Six mois après se montrent sous les signes d'un phlegmon périnéphrétique : gonflement et induration dans le flanc gauche puis œdème et fluctuation de la lombe correspondante.

Incision lombaire : Après avoir traversé un tissu calleux, Israël arrive dans une cavité qui renferme trois quarts de litre d'un pus épais à odeur urineuse.

Ayant prolongé son incision en haut jusqu'au bord inférieur de la douzième côte, il aperçoit au fond de la cavité la partie inférieure du rein d'où sourd un filet de pus.

La décortication du rein fut très laborieuse; par places la capsule était détruite et remplacée par des bourgeons charnus ; en d'autres elle était calleuse, épaisse de un centimètre et demi, intimement adhérente.

La plus grande portion du rein, cachée sous les côtes, était fluctuante et présentait une alternance de bosselures et d'étranglements rappelant même au toucher le gros intestin.

Le pédicule des vaisseaux ainsi que l'uretère fut lié en masse avec deux fils de soie. Lavage de la cavité avec une solution de chlorure de zinc à 3 0/0 ; trois drains.

Le rein extirpé avait son parenchyme détruit en grande partie; les calices distendus formaient des sacs remplis de pus dont l'un en se rompant a donné lieu à l'abcès périnéphrétique.

A l'endroit où il quitte le rein, l'uretère est obstrué par une grosse pierre ramifiée.

Mort le 34e jour après l'opération. A l'autopsie : abcès métastatiques multiples des poumons. Le tissu conjonctif rétropéritonéal situé en arrière du rein extirpé est le siège d'une infiltration purulente qui suit les nerfs lombaires dans les trous intervertébraux et, franchissant la face antérieure du rachis, arrive jusque dans la veine iliaque de l'autre côté ; un des affluents de cette veine est rempli de pus.

Rein droit volumineux.

En résumé, l'extirpation du rein, pratiquée six jours après la rupture d'un des calices et la formation d'une périnéphrite suppurée est arrivée trop tard pour empêcher l'infection purulente.

E. Kuester a opéré il y a 2 mois un homme d'une trentaine d'années qui avait au côté gauche du ventre une tumeur fluctuante très volumineuse. Une ponction exploratrice ayant fourni du pus, Kuester diagnostique une pyonéphrose malgré l'absence de pus dans l'urine. Au lieu de l'incision de Simon qui ne donne pas assez de champ libre, Kuester fit une incision commençant à la colonne, courant juste à mi-distance entre la 12e côte et la crête iliaque et se prolongeant jusque près de la ligne axillaire, de façon à couper le bord du carré lombaire. N'ayant point constaté de pierre dans le bassinet Kuester sutura le sac à la paroi abdominale et le draina. Guérison absolument antiseptique sans aucun écoulement d'urine au dehors. Malheureusement ce malade a des cavernes au sommet des poumons.

Von Bergmann a fait récemment une opération analogue à celle d'Israël. En l'absence de toute hémorragie, l'opéré a succombé au choc nerveux. Le rein extirpé contenait plusieurs abcès dont l'un en se rompant avait donné lieu à l'abcès périnéphrétique.

Von Bergmann se demande s'il ne serait pas préférable au lieu d'extirper le rein, d'ouvrir l'abcès, d'en gratter les parois, d'extraire éventuellement les calculs contenus dans le bassinet puis de laisser les choses à elles-mêmes après avoir ainsi donné écoulement au pus qui causait la fièvre.

Landau croit que dans beaucoup de cas on n'a pas le choix de l'incision. Quand l'abcès s'est ouvert, on est obligé de faire l'incision Simon ; si l'on veut conserver le rein, il faudrait pratiquer l'incision au niveau du bord interne du côlon pour avoir la possibilité d'ouvrir le bassinet. Enfin Landau ne regrette pas notre impuissance à diagnostiquer l'état de l'autre rein car elle sauve bien des reins sains de l'extirpation.

Güterbock complète l'histoire d'une jeune dame à laquelle Bardenheuer avait enlevé un calcul enchatonné à l'origine de l'uretère et établi une fistule du bassinet. Cette femme depuis lors a succombé au milieu de symptômes de consomption, bien qu'elle ne fut pas prédisposée à la phtisie.

Il relate ensuite une autre opération de pyonéphrose calculeuse. L'opéré succomba brusquement dans le collapsus, 20 heures après l'opération. L'autopsie montra le rein droit complètement détruit et transformé en un sac purulent avec calcul rameux à l'origine de l'uretère correspondant. — Quant à l'incision, elle n'avait ouvert qu'un abcès par congestion dépendant d'une collection purulente du rein gauche et le drain malgré sa longueur, supérieure à un pied, n'atteignait pas jusqu'au rein lui-même.

Israel ne reconnait aucun avantage à l'incision de Kuester sur celle de Simon ou de Czerny (oblique en bas et en avant à partir du sommet de la 12e côte) car la difficulté de l'extirpation du rein tient à ce qu'on n'a pas assez d'espace par en haut. Il faudrait pouvoir réséquer les deux côtes inférieures, malheureusement on risque de léser la plèvre quand la douzième côte fait défaut, ainsi que l'a éprouvé Dumreicher. Or, l'incision de

Kuester étant plus basse que celle de Simon, lui est même inférieure; de plus elle s'étend davantage en arrière, tandis que le rein ne peut se développer qu'en avant. En revanche elle convient pour créer une fistule.

J. B.

XX. — 1er *cas.* — Petite fille de sept ans, malingre, affectée depuis l'âge de deux ans et peut-être même depuis sa naissance d'une tumeur abdominale. Une ponction aspiratrice donne issue à plus de trois litres d'urine foncée et trouble; en deux mois la poche se remplit de nouveau. — Extirpation du rein gauche par incision sur la ligne médiane ; énucléation difficile; ligature séparée de l'artère et de la veine rénales et troisième ligature en masse sur le pédicule ; l'uretère n'était représenté que par un cordon fibreux, imperméable. Il y eut exposition et manipulation prolongée du péritoine et des intestins. Pendant les 24 premières heures, fièvre, agitation, vomissements, urines rares et sanguinolentes; puis tout rentre dans l'ordre et dès le sixième jour la plaie est fermée par première intention ; le quatorzième jour l'enfant sautait dans la salle et depuis lors elle a repris les forces et la santé de son âge.

2e *cas.* — Femme de vingt-six ans, mère de deux enfants, étique et misérable, ayant souffert pendant sa dernière grossesse d'une douleur constante dans le rein droit, avec urines sédimenteuses; accouchement laborieux, suivi de métrorragie et de phlegmon de la fosse iliaque droite avec phlébite de la jambe. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis trois mois, douleurs lancinantes le long de l'uretère droit, et récemment apparition d'une tumeur dans le flanc. A l'examen on constate une tumeur volumineuse et fluctuante dans la région rénale droite, contournée en avant et en dedans par le côlon ; urine chargée de pus, ammoniacale et fétide ; état général très mauvais.

Le diagnostic précis demeurant incertain, on se décide à pratiquer la néphrotomie lombaire ; opération difficile, hémorragie considérable ; le rein difficile à atteindre ne paraît pas renfermer de calculs ; du reste l'exploration ne peut être qu'imparfaite. En dépit des précautions antiseptiques, fièvre vive après l'opération, et écoulement considérable de pus par la plaie, qui ne tarde pas à devenir putride. On se résout à extirper le rein par la voie abdominale; incision le long du bord externe du muscle droit; ouverture du péritoine, dissection de la capsule à l'aide des doigts, ligature séparée des vaisseaux, puis du pédicule en masse, section entre deux ligatures de l'uretère malade et fixation du bout inférieur au bord de la plaie ; énucléation très pénible du rein malade et établissement d'un tube à drainage direct de la plaie abdominale à la plaie lombaire. Dès le lendemain de l'opération chute de la fièvre et évacuation de six cents grammes d'urine normale; cicatrisation des deux plaies au dix-huitième jour, guérison complète au neuvième jour.

3e *cas.* — Femme de 58 ans, d'un énorme embonpoint, portant depuis seize ans une tumeur dans le flanc droit qui a commencé à se développer à la suite d'une crise de douleurs lombaires accompagnée d'émission de pus dans les urines. On l'a ponctionnée à plusieurs reprises dans ces dernières années, et donné issue chaque fois à plusieurs litres de pus. — Incision de six pouces de long sur le bord externe du muscle droit (procédé de Langenbuch), ouverture du péritoine permettant d'arriver facilement sur le rein qui est transformé en un énorme kyste ; ponction et évacuation de *vingt pintes* (plus de dix litres) de pus; dissection très soignée de la poche, et curage de plusieurs petits sinus à contenu caséeux, reliquat des ponctions antérieures; ligature du pédicule en masse, la plaie étant trop profonde pour permettre de distinguer les vaisseaux ; section de l'uretère entre deux ligatures et fixation du bout inférieur en dehors de la plaie. La poche, une fois enlevée, pesait plus de quatre livres ; elle se composait de deux loges, communiquant par une étroite ouverture ; un petit calcul, solidement engagé dans l'uretère semblait avoir été la seule cause de tout ce grand désordre. — Malgré la longueur de l'opé-

ration (trois heures) malgré l'état d'attrition de la capsule graisseuse, la guérison fut rapide et presque sans incidents.

Les résultats de ces trois opérations tendent à démontrer la supériorité de l'incision abdominale sur l'incision lombaire, toutes les fois qu'il s'agit d'une néphrectomie (et non d'une simple néphrotomie). Le procédé de Langenbuch, avec traitement extra péritonéal de l'uretère, répond à tous les desiderata. H. BARTH.

XXI. — Une femme de 45 ans éprouve, au mois de janvier 1881, en soulevant un poids, une vive douleur dans la région des reins. Six mois plus tard, nouvelle crise de douleurs lombaires qui reparaissent, à partir de cette époque, de plus en plus souvent, jusqu'en février 1882. En juin, un nouveau symptôme apparaît, ce sont des hématuries d'origine rénale, alternant avec des mictions d'urine parfaitement claire, sans gravelle ni calculs. Plus tard, au sang succéda du pus, et les urines devinrent constamment louches.

La santé, pendant cette période, s'était beaucoup altérée, la malade souffrait continuellement des reins et de la vessie. On sentait, dans la région inguinale et lombaire gauche une tuméfaction arrondie, donnant la sensation d'une fluctuation manifeste. La néphrectomie fut décidée. Après chloroformisation et sous le spray phéniqué, une incision fut pratiquée le long de la ligne blanche, puis une seconde à angle droit, de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, pour rabattre le lambeau de l'abdomen, tous les vaisseaux étant préalablement liés. Cela fait, on décolla lentement le côlon, pour mettre le rein à nu, et on ponctionna l'organe, ce qui fit sourdre du pus bien lié. Alors, faisant en arrière une incision légère de la peau au point correspondant au rein, un large trocart fut plongé dans le parenchyme rénal et le pus évacué d'un seul coup par la région postérieure. Après quoi, le rein étant séparé de toutes ses attaches, on lia le pédicule et l'artère rénale au niveau du hile, et on excisa complètement l'organe. Un large tube à drainage fut fixé par la plaie du trocart et maintenu dans la cavité sous-péritonéale. L'ouverture abdominale fut fermée avec des fils d'argent et pansée antiseptiquement.

Malgré ces précautions, la malade tomba dans le collapsus et mourut deux heures après l'opération.

Le rein extirpé pesait 4 onces 3/4. Il était transformé en un large kyste anfractueux suppuré. L'autre rein, très hypertrophié, contenait quelques petits kystes et commençait à être atteint de sclérose. H. R.

XXII. — Une jeune Allemande de 19 ans souffrait, depuis deux ans, d'une affection ainsi définie : « Maladie utérine mal déterminée, avec cystite chronique et albuminurie ». Des lavages boriqués de la vessie avaient amené quelque amélioration quand survinrent des accès fébriles avec frissons, suivis de l'apparition d'une vive douleur lombaire à droite. Une ponction exploratrice pratiquée à la région lombaire ayant fait reconnaître l'existence d'une collection purulente, le diagnostic de pyélite suppurée fut adopté. Une incision de la paroi abdominale pratiquée en dehors du muscle droit, permit de découvrir la saillie que faisait le rein ; celle-ci fut ponctionnée, mais l'aspiration ne ramena que deux onces de pus. L'intention de Palmer était d'inciser la collection purulente et de fixer les bords de l'ouverture ainsi pratiquée, aux lèvres de l'incision de la paroi abdominale. Au cours de l'opération cependant, il parut que l'on aurait plus de facilité à extirper le rein entier, ce qui fut fait aussitôt; le pédicule de l'organe fut lié et sectionné ; un drainage fut établi par la région lombaire. L'opérée mourut le quatrième jour : pas d'autopsie.

Ce cas est le premier où l'extirpation du rein ait été pratiquée à Cincinnati.

XXIII. — Cette opération fut faite sur une femme de 43 ans, qui, depuis trois ans, souffrait d'une douleur et d'une tuméfaction à la région du rein droit. Le diagnostic était incertain entre une pyélite suppurée, un kyste puru-

lent du rein, une tumeur maligne. Dans le doute, on résolut de pratiquer l'extirpation du rein. Cette opération fut exécutée par la voie abdominale (par laparotomie); le pédicule du rein fut lié et sectionné; aucun drainage ne fut pratiqué à la région lombaire. La guérison fut retardée par un abcès qui se produisit dans la région du rein et qui fut ponctionné, puis drainé; elle survint un mois et demi après l'opération. L'auteur attribue la complication qui vint compromettre le succès, à des fautes contre les préceptes antiseptiques qu'il fut entraîné à commettre pendant l'opération; la ligature du pédicule pour laquelle on s'était servi de soie phéniquée, fut expulsée par le tube à drainage. Le rein enlevé présentait plusieurs abcès ou foyers de suppuration.

C'est la 3e opération de néphrectomie qui nous vient de San-Francisco. La première, exécutée par O. O. Burgess, fut suivie de mort; la seconde, pratiquée par L. C. Lane, avait eu le même résultat. P. B.

XXIV. — Femme de 34 ans, ayant souffert, depuis neuf ans, de douleurs sourdes dans la région lombaire droite, avec urines purulentes et parfois mêlées de sang; perte de l'embonpoint et des forces, et enfin, la maigreur étant devenue extrême, apparition dans le flanc droit d'une tumeur du volume du poing, lobulée, très dure surtout au centre parfaitement mobile, et d'une grande sensibilité à la pression. Opération par la méthode de Langenbuch (incision suivant le bord externe du muscle grand droit); l'existence et l'état normal du rein gauche étant bien constatés, extirpation du rein droit, dont le tissu est entièrement dégénéré et dont le bassinet est distendu par un volumineux calcul phosphatique; ligature à la soie de l'uretère et des vaisseaux du hile; insertion d'un tube à drainage; pansement de Lister. Premières suites régulières; cicatrisation par première intention; mais au bout d'un mois, phénomènes graves d'obstruction intestinale; incision sur la cicatrice, amenant l'ouverture d'un volumineux abcès formé dans la loge du rein extirpé, et qui comprimait le côlon ascendant; cessation des accidents; mais, huit jours plus tard, apparition subite de pus dans les urines, attribuée à la non-occlusion de l'uretère lié; depuis cette époque (deux mois environ), situation stationnaire, mais la santé générale a fait de grands progrès.

XXV. — Une femme de 36 ans, vigoureuse et de bons antécédents, avait été prise, deux ans et demi avant le début de l'observation, de douleurs violentes dans le côté gauche, irradiées vers le membre inférieur et accompagnées d'altération des urines, qui étaient devenues rares et troubles; jamais d'hématurie. Quelque temps après, frissons, fièvre, sueurs nocturnes, anorexie et perte des forces; émaciation progressive. Enfin, était survenue une toux pénible avec dyspnée et expectoration purulente. Au moment de l'entrée à l'hôpital, les urines peu abondantes (500 grammes par jour) étaient ammoniacales, muco-purulentes, et chargées de phosphates; l'abdomen était le siège d'une tumeur qui occupait tout le côté gauche, depuis la ligne médiane en avant jusqu'à la colonne vertébrale, et qui s'étendait verticalement du cinquième espace intercostal jusqu'à la crête iliaque; cette tumeur arrondie, très saillante surtout en avant, manifestement fluctuante, semblait être formée par le rein converti en une vaste poche kystique. L'auscultation des poumons révélait des lésions tuberculeuses évidentes, surtout au sommet droit.

Une incision faite dans la région lombaire suivant le procédé habituel, donna issue à une quantité considérable de pus épais, et on put se convaincre que le rein, transformé en un vaste abcès, offrait des adhérences très nombreuses avec les tissus voisins. On se borna à combler la cavité avec des tampons de gaze phéniquée, et on appliqua un pansement antiseptique. Mais la suppuration s'établit très abondante, et, au bout de trois semaines, la malade était fort affaiblie : l'urine restait purulente; la température atteignait souvent 39°; il y avait des sueurs abondantes limitées, chose singulière, au côté *droit* du corps, et en même temps on observait que la température axil-

laire était, de ce côté, plus élevée de deux degrés que de l'autre. Une attaque de pleuro-pneumonie survenant sur ces entrefaites, réduisit presque la malade à l'extrémité; elle résista néanmoins et, quelques jours plus tard (quarante jours après la première opération), on se décida à pratiquer la néphrectomie. La décortication du kyste rénal fut extrêmement laborieuse, et l'hémorragie très considérable, surtout en raison de la friabilité du pédicule, qui se coupait sous les fils, et nécessita jusqu'à trois ligatures successives. Par suite d'un incident, les précautions antiseptiques ne purent être régulièrement observées. Le shock opératoire fut très intense, accompagné d'anurie presque complète et d'un état général très alarmant. Cependant, contre toute attente, au bout de 48 heures, la malade prit le dessus, les urines redevinrent normales en quantité et en qualité, et la cicatrisation s'opéra très rapidement. Lorsqu'elle quitta l'hôpital, la malade avait engraissé, et les symptômes pulmonaires indiquaient une notable amélioration. H. BARTH.

XXVI. — L'auteur rapporte l'histoire d'une jeune fille de 17 ans qui, dix-huit mois auparavant, commença à dépérir et à perdre l'appétit. On s'aperçut qu'elle rendait du sang et du pus par les urines, et que la miction était parfois douloureuse. L'examen de la région lombaire permit de constater une rénitence profonde et une sensation de fausse fluctuation; la palpation en ce point était douloureuse. Après avoir essayé en vain les toniques et les balsamiques, l'auteur se décida à pratiquer le néphrotomie; un drain fut introduit dans le rein par une incision postérieure, mais quelques jours plus tard l'enfant succomba à des accidents de septicémie. On trouva à l'autopsie une dégénérescence caséeuse du rein, qui était transformé en une série de coques purulentes par distension du bassinet. Nulle part on ne rencontra de granulations tuberculeuses, et l'autre rein paraissait sain.

L'auteur discute les indications de la néphrectomie en pareil cas, et il conclut à l'intervention chirurgicale quand il y a certitude que les poumons sont sains et que le rein congénère n'est pas malade. H. R.

XXVII. — Jeune homme de 18 ans, fils d'une mère tuberculeuse, atteint précédemment de fièvre typhoïde. En janvier, il ressent une douleur vive à la verge en urinant et pisse un peu de sang. Point de douleur lombaire ni de troubles dans la santé générale. Mais il continue à souffrir en urinant, et l'on constate un mélange de pus et de sang dans son urine, sans qu'il existe de calcul vésical.

En avril, pour la première fois se déclarent des douleurs lombaires, de la céphalée, de la fièvre, une petite toux sèche. Les symptômes s'accroissent, et en juin il est possible de sentir une tumeur occupant la place du rein droit.

Pendant tout l'été, la santé se maintient à peu près bonne; mais en février 1882 il revient amaigri, fébricitant : sa tumeur rénale a fait des progrès et l'on songe à l'éventualité d'une néphrotomie. Mais des accidents urémiques à forme typhoïde emportent le malade avant que l'opération ne puisse être tentée. L'autopsie démontra combien on avait eu raison de ne pas intervenir, car les deux reins étaient atteints de pyélite tuberculeuse, et il y avait des tubercules dans les poumons et dans le péritoine. Seulement, ce qui n'avait pas été diagnostiqué, c'est qu'il y avait un abcès périnéphrétique étendu autour du rein gauche, descendant jusqu'au ligament de Poupart; or, c'est précisément ce rein que l'on croyait sain pendant la vie. H. R.

XXVIII. — Homme de 34 ans, souffrant depuis seize ans de crises douloureuses dans la région lombaire gauche. Depuis un an, hématurie à la moindre fatigue et sédiment puriforme dans l'urine, indiquant l'existence d'un calcul rénal. Opération par la voie lombaire; l'acupuncture fait reconnaître l'existence d'une pierre volumineuse, sur laquelle on arrive, non sans peine, en incisant largement le tissu du rein; hémorragie en nappe assez abondante, arrêtée facilement par compression dans la plaie. Le rein ne paraissant pas

dégénéré on le laisse en place. Dans les vingt-quatre heures après l'opération, douleurs vives et hématurie abondante; le lendemain, écoulement d'urine par la plaie lombaire, cet écoulement dure jusqu'au vingt et unième jour. La plaie se ferme ensuite sans accident. Depuis lors l'urine du malade est restée un peu trouble et légèrement chargée de pus et de phosphates en excès, mais la santé et les forces sont revenues : il n'y a plus ni hématuries ni douleurs et le malade est en état de travailler. Le calcul enlevé, long de 7 centimètres, pesait 30 grammes. H. BARTH.

XXIX. — Avant Schramm, trois fois seulement des chirurgiens ont établi une fistule du bassinet pour remédier à l'hydronéphrose d'un rein mobile : ce sont Ahlfeld (*R. S. M.*, XVI, 295), Czerny (*Archiv f. Chirurgie*, XXV, 1879) et Landau (*Die Wandernieren der Frauen*, Berlin, 1881). Les cas de Löbker (*R. S. M.*, XVI, 180) et de Winckel (*R. S. M.*, XI, 708) ne concernent que des reins partiellement mobiles.

Femme de 47 ans, de très haute taille; trois accouchements dont un gémellaire; couches bonnes. Ménopause depuis janvier 1881.

Dans l'automne 1880, à la suite d'un mouvement violent du bras droit, elle éprouva une sensation de déchirement au niveau de la région lombaire correspondante et reconnut qu'il s'était formé dans le côté droit de son ventre une tumeur mobile en tous sens qui l'obligea dès lors à marcher courbée, la privant de sommeil par des douleurs pongitives et continues et l'empêchant même de coudre à cause de la dyspnée.

La tumeur, manifeste à première vue, est lisse, mate, de rénitence élastique, plus grosse qu'une tête d'homme; elle s'étend du foie à la symphyse, en dépassant de trois travers de doigt la ligne blanche; elle est nettement fluctuante en son point le plus saillant. On la sent à travers le vagin, au-dessus de l'utérus. Des deux ovaires, le gauche est seul appréciable au toucher. Urine un peu albumineuse.

Ponction exploratrice évacuant 800 grammes d'un liquide vineux ne renfermant que des globules sanguins frais et une assez forte proportion d'albumine. L'idée d'un kyste hydatique se trouvant exclue par le résultat de cette ponction, on ne pouvait plus hésiter qu'entre un kyste de l'ovaire et une hydronéphrose. La malade réclamait énergiquement une opération.

Première laparotomie le 10 mars 1881 : Schramm s'étant servi pour ponctionner la tumeur du gros trocart de Sp. Wells, un flot de liquide s'épanche dans la cavité péritonéale et la tumeur, s'affaissant brusquement, s'enfonce sans qu'il soit possible de la retrouver.

L'ovaire droit, qui était en dégénérescence kystique, fut enlevé à cette occasion.

La réaction fébrile fut peu intense, mais dès le quatrième jour l'opérée sentit que sa tumeur se reformait : au bout de quinze jours elle avait récupéré son volume primitif; en continuant à se développer, elle donna lieu à une petite hernie ventrale au niveau de la cicatrice opératoire.

Deuxième laparotomie le 23 novembre 1881 : Schramm fit l'incision sur la cicatrice dans l'intention de guérir la hernie, mais le résultat ne répondit pas à son attente.

La tumeur, préalablement fixée dans la plaie, fut vidée avec un fin trocart qui donna issue à 1,500 grammes d'un fluide ambré. Les adhérences à la paroi abdominale antérieure, résultant de la première laparotomie, empêchèrent de circonscrire entièrement la tumeur et de reconnaître la situation exacte. Il était seulement manifeste qu'elle n'avait aucune connexion avec le foie et qu'elle provenait de la région rénale droite. En bas elle adhérait à une anse grêle. Le côlon ascendant était refoulé en arrière et à droite.

Schramm renonçant à extirper la totalité de la tumeur, on enleva seulement un tronçon large comme la main et épais de deux millimètres. Il put sentir alors la présence de quelques calices dans la portion qu'il laissait.

Suture du sac à la paroi abdominale. Drain laissé ouvert à l'angle supérieur de la plaie.

Dès le surlendemain, miction spontanée. Du quatrième au sixième jour, écoulement sanguinolent par le vagin.

A partir du sixième jour, lavages phéniqués du sac. L'urine émise par la vessie s'élève à 1,500 grammes dans les vingt-quatre heures.

Le septième jour, écoulement purulent par la fistule : 1,600 grammes d'urine vésicale.

Le dixième jour enlèvement des sutures. A partir du treizième apyrexie. Le vingt et unième la malade se lève. Le lendemain on retire le drain.

Actuellement la sécrétion de la fistule est tombée de 200 à 60 grammes, et elle est claire pourvu qu'on pratique régulièrement des lavages phéniqués. La tumeur n'est plus appréciable. J. B.

XXX. — Femme de 34 ans. Diagnostic : hydronéphrose par affection rénale datant de la première enfance. Israël juge urgent d'établir une fistule du bassinet.

Opération le 2 novembre 1882. Incision abdominale de dix centimètres étendue du sommet de la onzième côte gauche jusqu'à mi-distance entre l'ombilic et l'épine iliaque. Bien qu'Israël eût préféré inciser plus en arrière pour arriver sur le rein en dehors du péritoine, il se vit forcé d'opérer en avant parce que là seulement il existait une fluctuation manifeste.

Le côlon descendant qui se présentait fut refoulé en dedans. La ponction du kyste rénal donne issue à une grande quantité de pus fétide. Israël agrandit l'ouverture de ponction, lava au thymol le sac kystique et en sutura les lèvres à celles de la plaie abdominale.

Mais la tumeur ne s'était pas complètement affaissée, et malgré des lavages répétés, il continuait à en sortir du pus. Israël dut reconnaître qu'au lieu du bassinet il n'avait ouvert qu'un calice dilaté.

Introduction de deux drains et pansement iodoformé.

Les suites de l'opération furent d'abord tout à fait favorables : ni fièvre, ni péritonite. Dès le lendemain, 1,200 grammes d'urine presque claire furent rendus dans les vingt-quatre heures.

Mais le lendemain matin l'état de l'opérée s'était très défavorablement modifié. La température restant toujours à 36,9, le pouls avait monté de 84 à 128 et était très petit. 36 inspirations. Un peu de somnolence. Quelques mouvements convulsifs dans les doigts. Quantité d'urine tombée à 200 grammes.

Le soir, coma avec respiration très fréquente, pouls insensible, anurie. Mort dans la nuit du 4 au 5 novembre.

Autopsie : Cœur petit ; atrophie brune du myocarde. Pas trace d'inflammation ni d'épanchement du péritoine.

Le côlon descendant est fortement repoussé en dedans et en avant par une tumeur provenant de l'espace rétro-péritonéal, au niveau du psoas.

C'est le rein gauche transformé en une grosse tumeur qui s'est développée en écartant les feuillets du mésocôlon descendant. Les capsules adipeuses et propres du rein sont calleuses et se confondent avec les tissus ambiants.

Ce rein constitue un sac à parois très minces, long de 18 centimètres et large de 7 ; le parenchyme rénal subsistant est friable et graisseux. L'incision du sac donne issue à un abondant liquide purulent.

L'uretère a son calibre normal ; le bassinet est médiocrement dilaté. En revanche tous les calices, bien que communiquant librement avec lui, sont transformés en de vastes cavités. L'incision opératoire n'a atteint que le calice le plus distendu qui s'ouvre dans le bassinet par un orifice ayant les dimensions d'un noyau de cerise.

L'orifice d'entrée de l'uretère se présente sous l'aspect d'une fente placée à la paroi antérieure du bassinet, au-dessus du niveau de son point le plus déclive. L'apparence est telle qu'il semble que l'uretère court dans la paroi

antérieure du bassinet. Quand on incise l'uretère suivant sa longueur, sa paroi postérieure vient proéminer sous forme de valve dans le bassinet.

Rein droit atteint d'atrophie granuleuse très avancée; dilatation de son bassinet; état normal de son uretère.

La pyélite existant dès l'enfance, en l'absence de toute lésion des canaux excréteurs, ne peut s'expliquer que par le mode d'insertion de l'uretère.

Pour atteindre par l'opération le bassinet, il eût fallu inciser encore plus en avant vers la ligne blanche. Ce fait montre qu'en dehors des reins flottants il est des hydronéphroses pour lesquelles on est forcé d'inciser le rein à l'intérieur de la cavité péritonéale. Il prouve aussi que cette opération peut se faire sans qu'il soit indispensable d'établir au préalable des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale.

XXXI. — Un jeune garçon de 11 ans, d'une bonne santé habituelle et n'offrant aucun antécédent pathologique, fut admis au mois de juin 1881 pour une tumeur du flanc gauche. Celle-ci, au dire des parents, avait commencé à se développer auparavant d'une manière spontanée et sans aucune cause appréciable; elle avait augmenté progressivement de volume, sans que l'enfant accusât ni douleur ni envies fréquentes d'uriner, ni aucune autre incommodité. Au début de l'observation, on constata une tuméfaction considérable de toute la région latérale gauche de l'abdomen, qui paraissait occupée par une tumeur arrondie, manifestement fluctuante faisant saillie en arrière dans la région des lombes et dépassant en avant la ligne médiane. Cette tumeur, indolente à la pression, uniformément élastique et rénitente, donnait la sensation d'un kyste à parois minces et à contenu liquide; la matité, absolue sur toute la surface, s'étendait en avant depuis le sixième espace intercostal en haut jusqu'à deux pouces du ligament de Poupart en bas. On ne constatait pas la présence du côlon descendant à la surface du kyste. L'état général de l'enfant semblait excellent ; toutes les grandes fonctions s'exerçaient régulièrement ; les urines étaient parfaitement normales.

On diagnostiqua une hydronéphrose du rein gauche, et vu l'absence d'une cause accidentelle appréciable, on supposa que la tumeur était d'origine congénitale et s'était développée silencieusement jusqu'au jour où son volume était devenu trop considérable pour qu'elle passât plus longemps inaperçue. Une ponction exploratrice pratiquée au point le plus saillant donna issue à quatre pintes environ d'un liquide brun foncé, trouble, sans odeur, renfermant du sang altéré, de l'albumine et de l'urée. Le kyste s'étant rempli de nouveau très rapidement et le danger d'une rupture spontanée rendant nécessaire une opération radicale, on ponctionna de nouveau dans la région lombaire, et on fit sur le trocart une incision de quatre centimètres de long, permettant l'introduction d'un large tube à drainage. Une quantité considérable de liquide semblable à celui de la première ponction s'écoula sans difficulté, et un pansement antiseptique fut appliqué. Après un léger temps d'arrêt causé par l'occlusion prématurée de l'ouverture, la cicatrisation se mit à marcher régulièrement, l'écoulement prit le caractère franchement purulent et diminua peu à peu d'abondance. Treize semaines après l'opération, le tube put être définitivement retiré, et un mois plus tard toute trace de la tumeur avait disparu. H. BARTH.

XXXII. — L'auteur, après avoir montré combien il est important, au point de vue clinique et opératoire, de distinguer l'origine et la localisation première des abcès périnéphrétiques, divise la couche graisseuse périrénale, d'une façon du reste très arbitraire, en six régions : supérieure, moyenne et inférieure en avant, et de même en arrière. Il résume dans le tableau suivant les signes qui peuvent aider à la localisation d'un foyer périrénal.

Régions antérieures. Douleur spontanée et provoquée, gonflement, œdème, saillie en avant et sur les côtés.

Régions postérieures. Prédominance en arrière des mêmes signes.

Régions supérieures du rein. Pleurésie sèche ou avec épanchement, empyème, vomique et dyspnée; compression du plexus solaire. Du côté droit, œdème bilatéral des jambes, ictère, selles graisseuses, vomissements rebelles, émaciation rapide, ascite.

Régions moyennes. Albuminurie et cylindres urinaires; douleur ou anesthésie sus-pubienne, vulvaire ou scrotale, suppression d'urine et urémie, pus dans les urines; œdème scrotal ou varicocèle, surtout à gauche.

Régions inférieures du rein. Flexion de la hanche, douleur ou anesthésie antérieure, interne ou externe à la cuisse; rétraction du testicule; douleur au genou; douleur ou anesthésie au scrotum ou à la vulve, sans albuminurie concomitante; œdème unilatéral d'un membre inférieur; collection au niveau du ligament de Poupart; constipation (du côté gauche); compression de l'extrémité inférieure du canal thoracique (du côté droit).

A. CHAUFFARD.

I. — De la taille suspubienne, par Ch. PERIER (*Acad. de Méd., tome* X, *p.* 1128, 1881).

II. — Étude historique, expérimentale et critique de la taille hypogastrique, par E. BOULEY (*Thèse de Paris, n°* 458, 1883).

III. — Contribution à l'étude de la cystotomie sus-pubienne, avec statistique, par A. GARCIN (*Thèse de Strasbourg*, 1884).

IV. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme, par P. BAZY, rapport par MONOD (*Bulletin Soc. de Chir., p.* 630, 1883).

V. — Observations de taille hypogastrique, par Ch. MONOD, PERIER, etc. (*Ibid., p.* 87, 1883).

VI. — Taille hypogastrique, par SCHWARTZ (*Ibid., p.* 231, 1883).

VII et VIII. — *Idem,* **par DESPRÉS, PERIER, etc.** (*Ibid., p.* 251 *et* 751, 1883).

IX. — De la cystorraphie hypogastrique, par L. DUCHASTELET (*Rev. de Chir., février* 1883).

X. — Large cystin calculus; removal by the hypogastric operation, par John TREMEARNE (*The med. News,* 10 *novembre* 1883).

XI. — Opération de taille hypogastrique, guérison, par JOBARD (de Vassy) (*France méd.,* 20 *septembre* 1883).

XII. — Taille hypogastrique, par DUPONT (*Revue de la Suisse romande, novembre* 1883).

XIII. — Removal of a vesical calculus weighing 3541 grains (177 grammes) from a boy sixteen years of age, par Joseph HOWE (*New York med. journal,* 17 *février* 1883).

XIV. — De la substitution de la taille hypogastrique aux différentes méthodes de taille périnéale comme méthode générale de cystotomie, par VILLENEUVE (*Rev. de Chir., septembre* 1883).

XV. — Parallèle des diverses tailles vésicales, par ÉTIENNE (*Thèse d'agrégat., Paris*, 1883).

XVI. — Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale chez les calculeux, par MULLER (*Thèse de Lille*, 1883).

I. — Nous ne pouvons mieux faire que de citer les termes dans lesquels M. Gosselin, rapporteur de la commission, a rendu compte du travail de M. Perier :

« La taille sus-pubienne, malgré divers perfectionnements qui ont été apportés à son manuel opératoire depuis Franco, son inventeur en 1560, jusqu'à nos jours, n'est jamais devenue une méthode générale pour l'extraction de la pierre.

« Deux motifs principaux en ont éloigné les chirurgiens, la première est la crainte d'ouvrir le péritoine, le second est la difficulté de s'opposer, après l'opération, à l'infiltration de l'urine au-devant de la vessie et à ses conséquences.

« L'objet principal du mémoire de M. Perier est, comme son titre l'indique, de faire connaître un procédé nouveau destiné à garantir le péritoine ; mais nous y trouvons en même temps des détails intéressants sur la prophylaxie de l'infiltration urineuse. »

Le rapporteur indique ensuite le mode d'emploi du ballon de Petersen et du ballonnement rectal combiné à l'injection vésicale ; il donne les chiffres de la quantité de liquide que, d'après M. Perier, l'on peut injecter sans danger (soit environ 250 grammes dans la vessie ; 5 à 600 grammes d'eau, dans le ballon rectal) afin d'obtenir un espace de 6 centimètres entre le cul-de-sac péritonéal et le pubis ; espace variable du reste suivant l'embonpoint du sujet. « C'est ce procédé de Pétersen, très peu employé jusqu'à présent, que M. Perier a mis en usage le premier en France, » dit M. Gosselin, en citant les deux observations communiquées par ce chirurgien à l'Académie.

Après avoir indiqué l'emploi que M. Perier a fait des antiseptiques dans le traitement de la plaie et dans celui de la cystite dont est presque toujours atteinte la vessie que l'on vient d'ouvrir, le rapporteur rend compte de la pratique qui consiste, en négligeant toute suture vésicale, à établir un double tube de caoutchouc drainant la cavité vésicale au travers de la plaie hypogastrique.

M. Perier, en agissant de la sorte chez les deux premiers malades, a obtenu dans un cas la guérison rapide sans fistule ; dans le second la mort est survenue par néphrite, et l'autopsie a permis de constater l'intégrité du péritoine et l'absence d'infiltration d'urine.

Les conclusions du rapport de M. Gosselin sont absolument favorables à la pratique de M. Perier, à laquelle, comme on va le voir, on n'a ajouté que peu de chose pour ce qui est du manuel opératoire et du traitement consécutif de la taille sus-pubienne. P. BERGER.

II. — Je ne ferai que signaler l'étude historique très étendue qui occupe les 75 premières pages de cette thèse.

La partie anatomique mérite de nous arrêter davantage. Comparant la distance qui sépare la symphise de la vessie, d'une part, et du cul-de-sac péritonéal, de l'autre, Bouley conclut que lorsque la vessie s'élève de 9 à 13 centimètres, il faut retrancher 4 centimètres pour avoir la hauteur du

cul-de-sac, et que lorsqu'elle s'élève seulement de 5 à 9, on obtient le même résultat en en retranchant 3. On peut donc juger approximativement sur le vivant, par la saillie de la vessie au-dessus du pubis, de la hauteur du repli péritonéal. Pour ce qui est de l'injection intra-vésicale et des variations qu'elle produit dans la hauteur du cul-de-sac, on ne saurait poser de règle fixe; mais, toutes choses égales d'ailleurs, il faut en général, pour faire remonter le repli péritonéal à une hauteur déterminée, injecter dans la vessie beaucoup plus de liquide chez les individus maigres que chez les individus gras.

Plus variables encore sont les résultats de l'injection du ballon rectal et de la vessie. Ils varient surtout avec l'embonpoint du sujet. Avec des injections moyennes de 400 à 500 grammes dans la vessie et dans le ballon rectal, il faut compter que le cul-de-sac péritonéal se relèvera au-dessus du pubis :

Chez les individus gras, de 7 centimètres et au delà.
— — d'un embonpoint moyen, de 6 à 7 centimètres.
— — maigres, de 5 à 6 centimètres.
— — très maigres, de 3 à 4 centimètres ou au-dessous.

Avec des injections de 250 à 350 grammes dans la vessie, et de 400 à 600 dans le ballon rectal, conditions dans lesquelles on pourra se trouver sur le vivant, les chiffres représentant la hauteur du cul-de-sac au-dessus de la symphise sont à peine un peu moins prononcés.

L'influence vraiment utile du ballon sur le relèvement du cul-de-sac s'arrête de 400 à 600 grammes d'injection. Dans la plupart des cas, dès qu'on veut dépasser cette limite, le ballon fait hernie par l'anus, ou bien remonte dans l'intestin.

Quand on pourra injecter dans la vessie de 300 à 400 grammes (le ballon contenant 500 centimètres cubes environ), on pourra compter déjà sur un relèvement très appréciable du cul-de-sac péritonéal.

Reste la question de la capacité de la vessie. C'est en moyenne après l'injection de 1,300 grammes que se produit la rupture ; mais les variations individuelles sont très grandes.

L'exposé des différentes méthodes et procédés opératoires inspire à l'auteur leur division en méthode sans conducteur, avec conducteur et en deux temps.

Que penser de la suture vésicale? D'une statistique, l'auteur tire les chiffres suivants. Dans 23 cas, la suture a manqué 10 fois.

Les fils de catgut employés	11 fois,	avec insuccès,	7 fois.
— soie phéniquée,	8 —	—	3 —
— fil ordinaire,	2 —	—	0 —
— suture métallique,	2 —	—	0 —
	23		10

C'est en moyenne vers le 6e jour que l'urine a filtré à travers la plaie. La suture ne doit être tentée que dans le cas où elle est très facile, et où l'on est sûr de la bien faire. On devra toujours l'éprouver par une injection intra-vésicale, et si elle manque en quelque point on la complètera. On ne doit faire la suture de la paroi abdominale que dans une partie de la plaie, réservant toujours une ouverture pour faire passer un drain dans la partie inférieure.

Dans le chapitre VII, Bouley étudie les difficultés de l'opération. La mortalité générale est la suivante :

Dulles.	478 cas.	135 morts.	Soit 1 : 3,54.
Guenther.	257 —	61 —	— 1 : 4,21.
Flury.	93 —	24 —	— 1 : 3,87.

L'auteur étudie, en terminant, la taille hypogastrique chez la femme et chez l'enfant ; puis, dans un appendice, les indications spéciales liées à l'existence de tumeurs intra-vésicales, de corps étrangers, d'hypertrophie prostatique, et de rétrécissement infranchissable de l'urètre. JULLIEN.

III. — Cette monographie est due à l'inspiration de M. le professeur E. Bœckel, auquel l'auteur a dédié son travail. La taille hypogastrique y est étudiée suivant ses trois indications principales, dont la troisième, jusqu'à présent, n'a guère fixé l'attention des chirurgiens.

1° *Cystotomie sus-pubienne pratiquée pour l'extraction de calculs ou de corps étrangers.* Garcin rapporte, au commencement de ce chapitre, cinq observations de tailles hypogastriques pratiquées pour des calculs par E. Bœckel. Passant ensuite à quelques considérations sur le manuel opératoire, il se montre partisan du ballonnement du rectum par la méthode de Petersen ; une fois le calcul enlevé, il conseille de placer dans la vessie les tubes de Perier, et combat la suture vésicale, qui n'a réussi que 2 fois sur 20, des 94 observations qu'il a pu réunir où elle avait été pratiquée, et qui, si elle abrège parfois la durée du traitement, paraît prédisposer à l'infiltration d'urine. Il se déclare partisan absolu de la taille sus-pubienne, à l'exclusion de la taille périnéale, la lithotritie enlevant à celle-ci ses cas les plus avantageux, et la gravité de cette opération augmentant considérablement avec la taille des calculs et la multitude des manœuvres nécessaires à leur extraction. Les indications absolues, celles où la taille hypogastrique est seule recevable, seraient, d'après lui, les suivantes : dureté et volume considérables du calcul ; calcul formé autour d'un corps étranger ; enchatonnement du calcul ; calcul placé dans un cul-de-sac rétro-prostatique ; hypertrophie notable de la prostate ; rétrécissement très considérable de l'urètre ; vessie irritable ; ankylose coxo-fémorale ; altération avancée des reins. Un tableau, renfermant les principales données relatives à 94 cas de taille hypogastrique pour calcul, pratiqués et publiés de 1879 à 1883, sert de pièce à l'appui de ces propositions.

2° *Cystotomie sus-pubienne pratiquée comme opération préliminaire de l'extirpation de tumeurs vésicales.* — Nous n'accordons qu'une mention à cette indication qui a fait l'objet du récent travail de M. P. Bazy. (*Voy.* plus loin.)

3° *Cystotomie sus-pubienne pratiquée comme opération préliminaire du cathétérisme rétrograde.* — Cinq cas de taille hypogastrique pratiquée pour permettre le cathétérisme rétrograde étaient déjà connus : ce sont ceux de E. Bœckel (Sédillot et Legouest, *Médecine opératoire*, 1870, 4e édit., p. 656), J. Bœckel (*Gazette méd. de Strasbourg*, 1883, n° 5), Neuber (*Archiv f. klin.-chirurgie*, XXVI, p. 502, 2 cas), S. Duplay (*Archives gén. de Médecine*, VII, 1883).— Garcin rapporte tout au long, avec l'observation ci-dessus mentionnée de E. Bœckel, 4 faits inédits ; voici la mention sommaire de ces observations :

1° Malformation et rétrécissement congénital de l'urètre chez un enfant de 20 mois : insuccès du cathétérisme et de l'urétrotomie externe; taille sus-pubienne, cathétérisme rétrograde ; guérison et survie de l'enfant, par E. Bœckel;

2° Hypertrophie de la prostate, fausse route, cystotomie, mort, par E. Bœckel ;

3° Rétrécissement de l'urètre, diverticule de la vessie, urétrotomie externe, cystotomie sus-pubienne, mort, par E. Bœckel ;

4° Hypertrophie prostatique, impossibilité du cathétérisme, fausse route, taille hypogastrique, cathétérisme rétrograde, mort, par E. Bœckel ;

5° Rétrécissement infranchissable de l'urètre, abcès du périnée ; urétrotomie externe sans conducteur ; impossibilité de trouver les bouts du canal, cystotomie sus-pubienne et cathétérisme rétrograde, urétrorraphie, guérison, par J. Bœckel.

La proportion relativement élevée de la mortalité qu'entraîne dans ces conditions la taille hypogastrique doit être exclusivement rapportée à la gravité de l'état antérieur du sujet et à l'ancienneté des lésions qu'il portait. La dernière observation de M. J. Bœckel prouve qu'elle ne doit pas détourner les chirurgiens d'une opération qui peut être une utile ressource dans des cas extrêmes. PAUL BERGER.

IV.—Billroth, en 1875 (*Archiv f. klin. Chir.*, 1875, t. XVIII, p. 411), a enlevé avec succès un myome de la vessie par la voie hypogastrique, chez un enfant de 12 ans ; Volkmann (*Arch. f. k. Ch.*, 1876, t. XIX, p. 682) a opéré de même un homme de 54 ans qui mourut de péritonite au troisième jour. En 1876, Kocher (*Centralblatt f. Chir.*, 1876, p. 193), se trouvant en présence d'un cancer papillaire de la vessie, fit une boutonnière périnéale et le gratta, au grand bénéfice du patient, qui fut revu en bonne santé 15 mois plus tard. Même résultat pour un jeune homme opéré également par le périnée et que Humphry (de Cambridge) débarrassa d'une tumeur pédiculée (*British med. journ.* 1878, t. II, p. 369). Viennent ensuite 5 cas de Thompson (*The Lancet*, février 1883), 5 boutonnières périnéales, avec la mort dans un cas seulement ; enfin, un dernier cas de Volkmann (Rauschenbuch, *Dissert. inaug.*, Halle 1882, et *Arch. gén. de Médec.* 1883, p. 490), nouveau succès de la boutonnière. Ajoutons que le professeur Guyon a fait, en décembre 1883, une taille hypogastrique pour une tumeur endo-vésicale (*Semaine médicale*, janvier 1884).

L'opération de Bazy fut faite en décembre 1882, chez un homme de 47 ans qui présentait les signes suivants : envies fréquentes d'uriner, douleurs à la fin de la miction, hématuries fréquentes et abondantes sans cause appréciable, tumeur appréciable par le palper et le cathétérisme, et dont le siège reconnu est à gauche. Elle paraît sessile, unie à la paroi vésicale par une base assez large. La consistance est assez ferme et élastique. Aucun phénomène rénal. Les envies d'uriner sont d'une fréquence extrême, elles reviennent parfois toutes les dix minutes, et cela nuit et jour; le malade est obligé, pour calmer momentanément le besoin d'uriner, de s'accroupir. A ces phénomènes s'ajoute bientôt de l'incontinence nocturne. Les douleurs et et les hématuries deviennent excessives. C'est alors que l'opération est décidée.

L'incision longitudinale habituelle de la taille hypogastrique doit être agrandie au moyen d'une section transversale des muscles droits d'un côté. La vessie fut soulevée par le ballon de Petersen, et l'on vit une tumeur sessile. A l'aide du serre-nœud de Péan la tumeur fut sectionnée au ras de la surface vésicale. Les suites opératoires furent des plus simples, mais moins de 6 mois après l'intervention le malade succombait à la repullulation du néo-

plasme ou à une affection rénale. Il n'en avait pas moins été soulagé par la cystotomie, au point que se croyant complètement guéri il songeait déjà à reprendre ses occupations ordinaires.

Bazy, réunissant tous les faits publiés jusqu'à l'époque où il présenta son mémoire, arrive au résultat suivant : 11 cas, 2 morts et 9 guérisons, soit une mortalité d'un peu moins de 1/5. Mais il est bien entendu que par guérison on n'entend que bonne issue de l'acte opératoire.

Quant aux indications et contre-indications de l'intervention, le rapporteur les résume ainsi :

1° Si la tumeur est pédiculée ou bien limitée, on sera autorisé à en pratiquer l'ablation, quelle que soit sa nature exacte ou supposée, si peu importants que soient les troubles fonctionnels qu'elle produit;

2° Si au contraire la tumeur est sessile, à base d'implantation plus ou moins large, il sera mieux de s'abstenir tant qu'elle ne réclamera pas sa présence par des souffrances vives ou des hématuries abondantes;

3° Si ces phénomènes existent ou se produisent, s'ils en viennent à empoisonner ou à compromettre l'existence, si d'autre part on ne se trouve pas en présence de quelques contradictions formelles (généralisation des cancers, adhérences aux organes voisins, cancer diffus infiltrant les parois de la vessie, néphrite avancée), on pourra, on devra agir. On tentera l'ablation complète ou partielle de la tumeur. Si elle est reconnue impossible, on établira du moins une fistule vésicale qui aura pour effet de procurer au malade un soulagement momentané.

Verneuil accepte les propositions du rapporteur en les modifiant de la façon suivante :

De même qu'un cancer rectal est soulagé par le seul fait de l'entérotomie, de même un cancer de la vessie doit bénéficier et bénéficie énormément de la cystotomie. On doit donc ouvrir les vessies atteintes de néoplasme; si l'on trouve au cours de l'opération une tumeur extirpable, on l'extirpe, mais ce ne doit être là que le moindre côté de l'opération, qu'il faut surtout envisager à titre de palliatif.

V.— Voici les observations nouvelles de Monod :

1° Homme de 56 ans, lithotritié à 17 ans, saillie notable du calcul par le rectum. Impossibilité de retourner le bec de l'explorateur, qui demeure toujours au-dessus de la pierre. La taille fait reconnaître une pierre énorme, située dans le bas fond, enclavée dans une loge dont l'orifice admettait à peine l'extrémité de l'index. On fut obligé de pousser le calcul par le rectum pour en arriver à le saisir entre les mors du brise-pierre et à le fragmenter. De plus toute la surface interne de la vessie était encore incrustée de boue calcaire; il fallut la gratter pendant qu'un courant d'eau emportait les débris détachés. La guérison survint lentement. Au bout de deux mois le malade put quitter l'hôpital sans conserver de fistule.

2° Calcul de moyen volume chez un homme de 61 ans qui souffrait d'un rétrécissement urétral rebelle à la dilatation. Opération rapide et exempte de complication. Mort du choc opératoire le soir du 4e jour.

3° Homme de 28 ans, porteur d'une pierre d'enfance, calcul extrêmement dur; le malade se contracte et s'endort mal; en faisant les injections préliminaires avec la solution d'acide borique, Monod vit subitement céder toute résistance; la vessie était rompue. Le chirurgien n'en continua pas moins son opération, il ne fut pas surpris de trouver le péritoine occupant toute la hauteur de la plaie; l'ayant relevé, il parvint à reconnaître la vessie, le calcul d'oxalate calcique fut extrait et le malade guérit sans autre complication que des accès fébriles qui firent songer parfois à un début de fièvre typhoïde.

Comme conclusion il faut retenir la nécessité qu'il y a à se rendre compte de la quantité exacte de liquide que l'on injecte dans la vessie; le plus souvent elle doit rester inférieure à 350 grammes; Verneuil a vu une rupture mortelle se produire par l'injection de 125 grammes. Enfin, quand on trouve le péritoine sous le bistouri, il faut le refouler de bas en haut. On remarque en outre que cette observation confirme les idées expérimentales de Tillaux, qui a fait voir qu'en cas de rétention absolue la rupture de la vessie est imminente si l'urine continue à arriver, et que la déhiscence se fait toujours sur les parois latérales et en dehors du péritoine. Cependant il ne faut rien exagérer, et le professeur le Fort assure qu'il en est encore à chercher un cas de rupture de la vessie spontanée, c'est-à-dire sans adjonction d'une violence extérieure.

Dans toutes ces opérations, Monod a toujours mis en pratique les conseils donnés par le professeur Guyon. Il s'est servi du ballon rectal de Petersen, et a usé de toutes les précautions antiseptiques; il n'a pas pratiqué la suture complète de la vessie et a maintenu dans la plaie viscérale le double drain de Perier.

4° et 5°. — M. Perier ajoute deux nouveaux faits, tous deux suivis de succès; l'un chez un homme de 59 ans, l'autre chez un vieillard de 77 ans.

6° M. Verneuil rapporte également un cas de guérison chez un homme de 60 ans. C'est en raison de la sensibilité rénale que la taille hypogastrique fut décidée. Le sujet était porteur de deux grosses hernies inguinales, fait qui a été considéré par Broussier comme défavorable, en ce sens qu'il s'opposerait à l'élévation du péritoine, mais l'opération pratiquée au thermo-cautère n'en fut pas moins des plus simples. La vessie fut recousue, mais la suture ne tint pas et cela retarda quelque peu la guérison.

7° et 8°. Anger apporte de son côté deux observations; la première, chez un homme de 72 ans, fut suivie de succès; la seconde, chez un sujet de 36 ans qui fut emporté par une péritonite le troisième jour. Mais l'autopsie prouva que cette péritonite était due à la rupture d'un abcès du rein dans la cavité péritonéale. Ce n'est donc pas l'opération qui a directement entraîné la mort.

Anger ne se sert plus du ballon rectal il lui a substitué une sonde à tige flexible, avec laquelle il peut faire saillir la paroi antérieure de la vessie.

VI. — L'auteur se trouvant à la campagne enleva deux gros calculs à un homme de 60 ans au moyen de la taille hypogastrique. L'opération réussit admirablement, bien qu'il ne se fût servi ni du ballon rectal, ni d aucun instrument spécial.

Aucune réunion ne fut faite, une grosse mèche fut placée dans la vessie. Le malade, opéré il y a 5 ans, fut revu 2 ans plus tard en parfait état.

VII. — C'est une observation analogue que communique A. Desprès. Même dédain de l'instrumentation spéciale, même succès, à peine retardé par un abcès du tissu spongieux de l'urètre. Pour rendre l'urine acide on a employé l'acide borique en solution aqueuse (10 pour 300); tube à drainage passé par le cathétérisme rétrograde à travers la vessie et l'urètre et noué au dehors. La température s'éleva le soir jusqu'à 40°. Pansement au cataplasme.

L'auteur repousse le ballon rectal et l'injection forcée de la vessie parce que ses observations sur le cadavre lui ont appris que le péritoine ne gêne nullement la recherche de la vessie en dilatation moyenne; le sillon de l'ouraque, puis les deux petites veines parallèles à l'ouraque qui descendent jusqu'au col de la vessie, enfin les muscles pyramidaux sont des points de repère suffisants pour marquer la place et la hau-

teur de l'incision. Cette assertion est contestée par Sée, Perier et Lucas-Championnière, qui sont loin de nier que sans le ballonnement on ne puisse trouver la vessie, mais qui estiment cette manœuvre fort avantageuse pour la mettre en évidence en la faisant saillir. Les cinq dissections sur lesquelles se base l'auteur de l'observation leur semblent insuffisantes en face du consensus de tous les chirurgiens actuels.

VIII. — M. Perier apporte trois observations nouvelles. Dans le premier cas un homme de 58 ans fut soumis à l'injection de 450 grammes d'eau dans le ballon rectal et de 180 dans la vessie. La température ne dépassa pas 38°,6; la guérison fut rapide.

Le deuxième malade est un homme de 77 ans, trois fois lithothritié déjà. On lui retira un calcul urique de 13 grammes. La température ne dépassa pas 38°,2; guérison. Enfin, chez un homme de 31 ans, on put extraire avec le même succès un calcul d'oxalate de chaux de 35 grammes.

Le chirurgien conseille pour le lavage de la plaie, de préparer d'avance un ou deux instruments Potain, et d'aspirer le liquide à mesure qu'il est injecté dans la vessie. — Il place ensuite entre les lèvres de la plaie suturée deux tubes de caoutchouc fixés à la peau par une suture et dont l'extrémité libre s'accroche dans un urinal. L'expérience a prouvé que l'urine sort complètement par ces tubes dont le diamètre est du n° 24 de la filière Charrière, et dont la longueur n'excède pas 30 à 35 centimètres. JULLIEN.

IX. — L'auteur a étudié la situation du cul-de-sac péritonéal prévésical dans les divers états de réplétion de la vessie sur six cadavres ; et de ses recherches, qui diffèrent quelque peu de celles de plusieurs anatomistes, il résulterait que le cul-de-sac péritonéal peut être relevé à une certaine hauteur, à la suite de la dénudation du fascia transversalis celluleux : la face antérieure de la vessie pourrait ainsi présenter une surface dépourvue de péritoine et suffisante pour permettre une incision de 6 centimètres. La première condition de l'opération, éviter la lésion du péritione, est donc possible; quant à la seconde indication, éviter l'infiltration d'urine et hâter la cicatrisation, l'auteur propose pour la remplir la suture préalable de la vessie au moyen d'un instrument, le cystorraphe, dont il est l'inventeur.

Après une critique des différents modes de suture employés jusqu'à ce jour, M. Duchastelet donne la description de son instrument, et il indique la manœuvre qu'exige son emploi. Il en préconise les avantages. OZENNE.

X. — Calcul de cystine pure, mesurant 2 pouces 1/2 de long, 1 3/4 de large, 1 d'épaisseur, présentant 7 pouces de circonférence, et pesant 75 grammes (1,254 grains), chez un homme très affaibli, de 47 ans. — Aussitôt après son extraction par la taille hypogastrique, un large tube fut laissé dans la plaie, plongeant jusque dans la vessie. On le retira au bout d'une semaine ; le 12e jour la miction reparut librement par le canal. Le malade était guéri au bout de cinq semaines.

L'auteur donne une grande importance au calibre du tube que l'on laisse dans la vessie.

Le Dr Allen, à la Société médicale de Victoria, rappelle que le plus gros calcul de cystine observé par le Dr Coulson, à *University College Museum,* ne pesait que 850 grains; à *Saint-Bartholomew's Hospital* il en existe un de 740 grains. Ces calculs de cystine sont très friables, et celui qu'a extrait J. Tremearne eût pu être brisé par la lithotritie.

XI. — L'auteur rapporte un succès qu'il a obtenu par la taille hypogastrique, sur un sujet de 18 ans dont la vessie renfermait trois calculs, de 45 grammes, 13 grammes et 10 grammes. Ce malade fut guéri complètement en moins d'un mois.

Le manuel opératoire suivi fut celui auquel on a recours depuis la communication de M. Perier sur ce sujet. Introduction dans le rectum du ballon de Petersen avant l'opération; après elle, drainage avec le double tube de M. Perier; il n'eut bien entendu pas recours à la suture vésicale.

P. B.

XII.— L'auteur rapporte une observation de cystotomie sus-pubienne, pratiquée avec succès chez un homme de 65 ans, en suivant la technique de Petersen. Cette observation ne présente, d'ailleurs, aucune particularité digne d'être notée.

Pour ce qui concerne le mode de fermeture de la vessie, l'auteur pense que toutes les fois qu'on rencontre des parois vésicales saines, c'est à la suture qu'on devra avoir recours, les drains pouvant favoriser la formation d'une fistule.

Dupont estime que la taille hypogastrique avec les perfectionnements qui lui ont été apportés sera désormais préférée parce que c'est une opération facile et simple. J. B.

XIII. — Un garçon de seize ans vint consulter l'auteur, se plaignant d'envies fréquentes d'uriner, avec douleurs dans la vessie pendant et après la miction, douleurs, etc.

Une exploration avec la sonde métallique permit de reconnaître l'existence d'une pierre vésicale d'un très grand diamètre; néanmoins, l'auteur jugea qu'il serait possible de l'extraire par la taille périnéale, après l'avoir fragmentée. L'opération fut donc pratiquée suivant la méthode ordinaire; mais arrivé sur le calcul, on se vit dans l'impossibilité de le briser, et même de le saisir convenablement avec aucun des instruments dont on disposait. Séance tenante on pratiqua la taille hypogastrique; la vessie étant ouverte, on put voir que sa paroi fortement contractée embrassait exactement le calcul, au point de rendre impossible l'introduction d'une pince ou de tout autre engin; après de longs efforts infructueux, l'auteur introduisit l'index de sa main gauche par la plaie périnéale, et poussant avec force la face inférieure de la pince, parvint à saisir la surface rugueuse entre ses doigts introduits par la plaie abdominale et à extraire, non sans peine, l'énorme corps étranger. Le péritoine avait été ouvert pendant les manœuvres, et le malade était dans le collapsus, on lui administra des toniques et on le maintint sous l'influence de la morphine, afin de prévenir, s'il était possible, le développement de la péritonite. L'urine s'écoulait librement par l'orifice périnéal et par la partie inférieure de l'incision hypogastrique; un peu de fétidité qui se produisit vers le cinquième jour fut combattue par des injections phéniquées dans la vessie. Le malade se rétablit rapidement, l'urine reprit peu à peu le chemin de l'urètre, et au bout de quatre semaines la plaie abdominale, aussi bien que celle du périnée, était complètement guérie. Le calcul était formé d'un noyau de cristaux d'oxalate revêtu de cinq couches superposées de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien, à densité décroissante de dedans en dehors; il pesait deux cent trente grammes environ. H. BARTH.

XIV. — Extraire les calculs par la taille hypogastrique n'avait été jusqu'à ces dernières années qu'une méthode mise exceptionnellement en pratique, et ce n'est que depuis peu qu'on s'accorde à la regarder comme opération de choix, dans les cas où l'on est forcé de renoncer à la

lithotritie. Pour l'auteur, on peut en étendre l'usage et le plus souvent la substituer aux autres méthodes de taille.

M. Villeneuve établit entre les différentes tailles une comparaison qui montre leurs avantages et leurs inconvénients. Il rappelle que si, dans la taille périnéale, la voie est directe, l'écoulement facile et le péritoine éloigné, par contre on a craindre le volume exagéré de la prostate, la phlébite, les phlegmons urineux, les hémorragies, sans parler des cas où l'opération reste inachevée pas suite de pierres trop volumineuses ou enchatonnées : la voie périnéale expose encore aux fistules persistantes, à la lésion des canaux éjaculateurs et à la difficulté de pratiquer une rigoureuse antisepsie.

Tels sont les inconvénients et les dangers que l'on évite si l'on adopte la taille hypogastrique dont la seule complication sérieuse est l'infiltration d'urine, contre laquelle il est parfois difficile de lutter. Après quelques considérations touchant l'âge, le sexe et la constitution des calculeux, et après avoir décrit le manuel opératoire, M. Villeneuve émet les conclusions suivantes :

« La taille hypogastrique, qui n'a été jusqu'à ce jour employée que comme méthode exceptionnelle, paraît devoir devenir la méthode générale, mais non exclusive de cystotomie.

« Elle devra être pratiquée avec l'aide des perfectionnements nouveaux apportés à son manuel opératoire : ballonnement, injection vésicale, refoulement du cul-de-sac péritonéal, tubes-syphons accouplés, précautions et pansements antiseptiques.

« La suture de la vessie doit être actuellement écartée, mais elle reste toujours l'idéal à poursuivre, et qui, s'il est réalisé, mettra, par la réunion immédiate, la supériorité de la taille hypogastrique hors de toute contestation.

« La taille hypogastrique reste, comme par le passé, une méthode de nécessité dans les cas de pierres volumineuses ou enchatonnées, de vessie intolérante, d'urètre ou de vagin imperméables ou retrécis...

« Les affections constitutionnelles et les diathèses ne constituent aucune indication spéciale pour le choix de l'opération. » OZENNE.

XV. — On trouvera dans cette thèse une description complète de tous les procédés de taille, employés soit chez l'homme, soit chez la femme. L'auteur s'est surtout attaché à faire ressortir la supériorité de la taille hypogastrique, perfectionnée grâce à nos moyens nouveaux de pansements.

XVI. — Muller divise son travail en trois parties; dans la première, il traite des calculs vésicaux, en général, et des moyens de diagnostiquer la nature, le volume, le nombre et la situation de ces calculs ; dans la seconde, il examine les avantages et les désavantages des diverses méthodes d'intervention mentionnées par les auteurs et la valeur comparative de ces méthodes. Enfin la troisième partie est consacrée à l'étude des indications et contre-indications de la taille et de la lithotritie.

Dans les deux premières parties, M. Muller a largement mis à contribution les travaux du professeur Bouchard sur la formation des calculs, et pour le reste, ceux de Henry Thomson, Bigelow, Guyon, Ledentu et la thèse d'agrégation de Kirmisson.

Il conclut, après avoir étudié les indications et contre-indications de la

taille et de la lithothritie, que : dans l'état actuel de la chirurgie il est préférable de réserver les petits calculs à la lithotritie ancienne ou moderne, les gros calculs à la taille hypogastrique : les moyens reviendront de droit, soit à la lithothritie, soit à un procédé de taille périnéale, la taille latéralisée, par exemple. Conclusion, on le voit, très éclectique. Suivent onze observations. JULLIEN.

Du cathétérisme rétrograde combiné avec l'urétrotomie externe dans les cas de rétrécissement infranchissable de l'urètre, par S. DUPLAY (*Arch. gén. de Méd., juillet* 1883).

Il arrive souvent que, pratiquant l'urétrotomie externe sans conducteur chez un malade atteint de rétrécissement infranchissable, le chirurgien ne parvienne pas à trouver le bout postérieur de l'urètre et soit forcé de laisser l'opération inachevée. Dans un cas de ce genre, l'auteur a eu recours avec un complet succès au cathétérisme rétrograde après ouverture de la vessie.

Le malade, homme de 38 ans, atteint d'un rétrécissement traumatique ancien avec périnée induré et traversé par trois trajets fistuleux, avait subi, sans résultat, une première tentative d'urétrotomie externe. Le bout postérieur de l'urètre n'ayant pu être trouvé.

Quelques mois après, M. Duplay pratiqua l'opération une seconde fois. L'incision périnéale faite, l'urètre antérieur ouvert sur une sonde préalablement introduite par le méat, il rechercha le bout postérieur; et après un quart d'heure de tentatives inutiles, il se décida séance tenante à ouvrir la vessie, en pratiquant avec le thermo-cautère une incision transversale de 5 centimètres au-dessus du pubis. La paroi antérieure de la vessie étant amenée entre les lèvres de l'incision à l'aide d'un crochet aigu, il y pratiqua avec le bistouri une ponction juste suffisante pour introduire une sonde d'argent ordinaire. Dirigeant alors le bec de l'instrument vers le col vésical, la concavité embrassant la face postérieure du pubis, il l'engagea dans l'orifice urétro-vésical, et le fit saillir dans la plaie périnéale. L'urètre postérieur fut facilement incisé et l'extrémité du cathéter mise à nu : d'autre part une sonde en gomme ayant été introduite par le méat et poussée jusqu'à la plaie périnéale. L'œil de cette sonde fut réuni au bec de la sonde vésicale à l'aide d'un fort fil ciré, de sorte que cette dernière étant retirée par la plaie abdominale, la sonde en gomme pénétra aisément dans la vessie. L'urètre était ainsi parcouru dans toute sa longueur par une sonde n° 20, et le fil, solidement attaché à son extrémité, fut fixé à la plaie abdominale destiné à assurer dans la suite le renouvellement de la sonde.

Les suites de l'opération furent bonnes. La sonde fut remplacée tous les huit jours à l'aide du fil. Au bout de 6 semaines, la cicatrisation de la plaie périnéale et la reconstitution du canal étaient suffisantes pour permettre de glisser la sonde sans difficulté jusque dans la vessie ; le fil fut donc supprimé. La guérison était définitive au bout de quelques mois.

D'après l'auteur, Sédillot avait nettement posé l'indication de la taille sus-pubienne en vue du cathétérisme rétrograde dans les cas de rétrécissements infranchissables où l'urétrotomie externe ne permet pas de découvrir le bout postérieur de l'urètre. P. M.

I. — Études cliniques sur les cystites, par HACHE (*Thèse de Paris* 1884, *et Rev. de Chir., mars* 1884).

II. — Ueber die Behandlung des acuten Blasenkatarrhs, par BŒGEHOLD (*Deuts. med. Woch.*, n° 35, 1888).

III. — On digital exploration of the bladder through incision of the urethra from the perineum, par Henry THOMPSON (*The Lancet*, 6 *mai* 1882).

IV. — Fourteen cases of digital exploration of the bladder, in six of wich vesical tumour was removed, par Henry THOMPSON (*Lancet*, 10 *février* 1883).

V. — On digital exploration of the bladder in obscure vesical disease, with results in thirty two cases, par H. THOMPSON (*Medical news*, 6 *janvier* 1884).

VI. — The surgical treatment of tumours and other obscure conditions of the bladder, par WHITEHEAD et POLLARD (*Lancet*, 6 *octobre* 1883).

VII. — External median perineal urethrotomy for cystitis and for the removal of morbid growths from the bladder, par R.-B. BONTECOU (*Transact. of the american surg. Assoc.*, *I*, *p.* 505).

VIII. — Papilloma of the bladder, operation, cure, par J. RANSOHOFF (*Med. News*, 10 *février* 1883).

IX. — A study of the tumours of the bladder, par Alex. STEIN (*Broch. New York*, 1881).

X. — Case of fibrous papilloma of the female bladder successfully treated by operation, par THORNE (*Lancet*, 13 *janvier* 1883).

XI. — Ein Fall von primären Carcinom der Harnblase (Cancer primitif de la vessie), par C. POSNER (*Berl. klin. Woch.*, 10 *juillet* 1883).

XII. — Cystotomy in subacute cystitis, par GEORGE ELDER (*Lancet*, 7 *juillet* 1883).

I. — 150 observations, dont la plupart personnelles à l'auteur, forment les matériaux qui ont servi à édifier ce travail. dont la valeur clinique nous a fait regretter la brièveté de quelques-uns de ses chapitres. M. Hache a divisé cette étude en trois parties, traitant successivement de la pathogénie, du diagnostic et du traitement : Dans la première, de beaucoup la plus étendue, il passe en revue toutes les causes des cystites, et, parmi les dix-huit chapitres qu'elle renferme, plusieurs méritent d'être spécialement signalés.

Citons d'abord le chapitre V, où les différents traumatismes sont minutieusement étudiés et provoquent, de la part de l'auteur, sous forme de résumé, les réflexions suivantes :

L'incision des parois vésicales est en elle-même une cause peu efficace de cystite, s'il n'y a pas de contusion des bords de la plaie et si le libre écoulement de l'urine est assuré.

Les contusions de la vessie par l'utérus gravide, la tête du fœtus pendant le travail ou les agents extérieurs peuvent déterminer une cystite.

La lithotritie rapide, faite dans de bonnes conditions, ne provoque généralement pas de cystite.

Le cathétérisme bien fait n'est suivi de cystite que si la vessie est rendue susceptible par quelque affection antérieure.

La sonde à demeure ouverte est une cause fréquente de cystite : elle peut agir soit comme corps étranger au niveau du col, soit en établissant une libre communication entre la vessie et l'air extérieur, soit enfin en

laissant constamment à sec une vessie habituée à conserver une certaine quantité d'urine entre chaque miction.

L'introduction de germes dans une vessie saine est incapable à elle seule de provoquer une cystite.

La contagion de la cystite par transport virulent au moyen d'un instrument est possible. Mais peut-être ne peut-elle se produire que si la vessie n'est pas dans des conditions de résistance normale.

Dans le chapitre IX, l'auteur recherche les conditions d'origine de la cystite des calculeux : après avoir énoncé, en s'appuyant sur l'autorité de M. Guyon, que dans la majorité des cas,les calculs vésicaux ne déterminent pas d'inflammation de la muqueuse, il montre que, toutes les fois qu'elle apparaît, elle est due à des causes étrangères, dont l'action est d'autant plus efficace, que la muqueuse est congestionnée.

Mentionnons encore les pages consacrées à la cystite des tuberculeux, des rétrécis et à la cystite chez la femme, ainsi que le chapitre dans lequel M. Hache émet quelques considérations générales et qu'il termine ainsi : « Importance de la congestion et des influences diathésiques, tout spécialement de la diathèse tuberculeuse, et rôle relativement restreint des lésions de l'urètre, de la prostate et même de la vessie ; telles sont en somme les impressions capitales, que laisse l'étude de la pathogénie des cystites. »

La seconde partie de cette thèse comprend le diagnostic différentiel e le diagnostic de la variété de cystite, ainsi que sa valeur comme indication ou comme contre-indication des opérations qui se pratiquent sur l'urètre ou sur la vessie.

Quant à l'étude du traitement, qui ne le cède pas en intérêt aux premières parties de la thèse, l'auteur la subordonne à la notion des causes et à celle du terrain sur lequel s'est développée l'inflammation ; il en résulte que pour chaque variété de cystites, le traitement local varie de même que le traitement général. OZENNE.

II. — L'auteur a constaté par hasard l'efficacité du salicylate de soude dans la cystite aiguë. Il soignait un sujet atteint de cette affection et en même temps de rhumatisme aigu des deux genoux et de l'épaule droite (sans blennorragie). Le malade, ayant pris 10 grammes du médicament, se trouva complètement soulagé de toutes les manifestations douloureuses, l'urine était devenue limpide et avait une réaction acide ; il y avait encore un peu de ténesme vésical. Une nouvelle dose de 10 grammes de salicylate mit fin à la cystite.

La cystite blennorragique peut être traitée de la même façon, et ici, comme dans le rhumatisme, on peut attribuer l'effet obtenu à la destruction des bactéries spécifiques.

Sur 20 cas, l'auteur n'a vu le salicylate échouer qu'une seule fois. Il le prescrit à la dose de 50 centigrammes toutes les deux heures pendant trois ou quatre jours ; puis il ne donne plus que 1,50 pendant huit jours. L. GALLIARD.

III. — Ce moyen d'exploration serait d'une application relativement facile, et peu dangereuse pour le malade. L'illustre chirurgien anglais l'emploie volontiers dans les cas obscurs, où ni la sonde, ni le toucher rectal n'ont permis d'arriver à une certitude suffisante. Voici comment il procède : après avoir passé un cathéter à cannelure médiane dans l'urètre,

il place l'index gauche dans le rectum, et enfonce le bistouri, la lame tournée en haut, dans le raphé médian du périnée, à deux centimètres environ au devant de l'anus, jusqu'à ce que la pointe vienne rencontrer le cathéter vers le sommet de la prostate; puis abaissant la main, il divise l'urètre d'arrière en avant sur la cannelure dans l'étendue d'un centimètre et demi environ, et retire la lame en coupant un peu de bas en haut, mais avec précaution, de façon à ne pas léser le bulbe. L'index gauche quitte alors le rectum, se porte à travers l'incision jusque sur la cannelure du cathéter, et pénètre doucement dans le col vésical, pendant que l'instrument est retiré ; puis, par des pressions ménagées sur la région sus-pubienne, l'opérateur met successivement les différents points de la paroi vésicale en contact avec la pulpe du doigt introduit, et il lui est facile de reconnaître ainsi l'existence d'un calcul enchatonné, d'une ulcération, d'une tumeur ou de tout autre désordre.

IV. — L'auteur emploie couramment, dans tous les cas obscurs d'affection de la vessie, un procédé d'exploration qui consiste à pratiquer une boutonnière périnéale par laquelle le doigt introduit dans la portion membraneuse de l'urètre parvient aisément jusqu'à la vessie ; à l'aide d'une pression méthodique sur la région sus-pubienne, il est facile d'amener successivement au contact du doigt tous les points de la muqueuse vésicale, et de reconnaître directement les papillomes, les ulcérations, les dépôts calcaires adhérents, les calculs enchatonnés, et toutes les autres conditions morbides qui eussent échappé à l'exploration par la sonde. Si on rencontre une tumeur, rien n'est plus facile que de l'extirper séance tenante ; si au contraire il n'y a rien, l'incision périnéale guérit d'elle-même très rapidement.

Parmi les quatorze cas dans lesquels Thompson a employé ce procédé (et dont il donne les observations résumées dans son mémoire) six fois un polype a été découvert et enlevé, et il n'y a eu qu'un seul cas de mort, suffisamment justifié par l'extrême débilitation du malade et par le volume considérable de la tumeur, qui remplissait presque entièrement la vessie. H. BARTH.

V. — Sir Henry Thompson revient sur l'objet de ses communications antérieures ; on sait qu'il s'agit de l'exploration digitale de la vessie pratiquée par une incision faite au périnée et fort analogue à celle que Dolbeau préconisait pour sa lithotritie périnéale. Dans ce travail où il insiste de nouveau sur le manuel opératoire, Thompson indique le moyen qu'il emploie pour l'introduction du doigt au travers de la partie postérieure de l'urètre ; celui-ci étant incisé dans la région membraneuse, il glisse par la plaie périnéale une sorte de gorgeret dont l'extrémité effilée et pourvue d'un bouton se met en rapport avec la cannelure du cathéter; grâce à ce conducteur le doigt ne peut faire fausse route et il peut être introduit avec sécurité dans la région prostatique de l'urètre qu'il dilate, puis au travers du col vésical.

On sait que Thompson, une fois la tumeur vésicale reconnue, préfère la broyer que l'arracher ; il se sert pour cela de pinces courbes et de tenettes qui sont figurées dans cet article. Il enlève ensuite les débris du néoplasme par un curage fait avec soin.

Thompson a exploré de la sorte la vessie de 32 individus, 28 fois chez l'homme, 4 fois chez la femme. Dans 15 de ces cas, 13 fois chez l'homme,

2 fois chez la femme, cette exploration révéla une tumeur qui dut être enlevée. En aucun cas, il n'eut recours à de nouvelles incisions ; chez deux malades néanmoins le volume de la tumeur et ses connexions ne permirent pas de l'enlever en entier, et l'on dut se borner à en abraser les parties les plus saillantes. Des opérés pour tumeur, 8 sont encore vivants ; après un intervalle variable de trois ans à six mois depuis l'opération ; 3 moururent aussitôt après l'intervention, les autres succombèrent au bout de peu de mois à la récidive. Les pièces anatomiques qui proviennent de ces cas malheureux sont conservées au musée d'*University College*.

P. B.

II. — A l'exemple de Thompson, les auteurs préconisent l'exploration digitale de la vessie à travers une boutonnière pratiquée au périnée, comme moyen de diagnostic dans les cas obscurs, lorsqu'on est en face d'une hématurie ou d'une cystite rebelle, et qu'on soupçonne l'existence d'une tumeur intra-vésicale.

Cette opération, peu dangereuse par elle-même, permet de faire pour l'homme ce que la dilatation rapide de l'urèthre a depuis longtemps permis de faire pour la femme ; elle rend praticable la reconnaissance directe des tumeurs vésicales et leur extirpation à l'aide du doigt ou de la curette tranchante ; enfin elle fournit, en assurant le drainage facile de l'urine altérée, un puissant moyen de traitement dans les cystites chroniques.

La forme de tumeur que l'on rencontre le plus fréquemment dans la vessie est le papillome. (Il est à noter du reste que presque toutes les espèces de tumeurs vésicales prennent volontiers la forme villeuse, fait intéressant lorqu'on se rappelle que la vessie est d'origine allantoïdienne et que l'allantoïde est l'origine des villosités vasculaires du chorion qui sont de véritables papillomes physiologiques.) Ces néoplasmes, qu'on a parfois désignés sous le nom de polypes, dépassent rarement le volume d'un œuf de poule ; ils sont sessiles ou pédiculés ; leur consistance est molle, leur coloration rosée et parfois jaunâtre. Immergés dans l'eau, ils se gonflent et laissent voir des prolongements filamenteux semblables à ceux d'une anémone de mer, et dont la longueur excède parfois quatre ou cinq centimètres. Le siège le plus ordinaire de ces tumeurs est dans le trigone, au voisinage de l'embouchure des uretères ; par la gêne qu'elles apportent à l'écoulement de l'urine, elles déterminent souvent de l'hypertrophie de la tunique musculeuse vésicale ou bien de la dilatation des uretères et consécutivement de l'hydronéphrose. L'hématurie est un des accidents les plus fréquents ; elle est caractérisée uniquement par le mélange d'une certaine quantité de sang à l'urine, dont ni la quantité, ni le poids spécifique ne sont modifiés. Ces hématuries, dont la fréquente répétition entraîne presque toujours la mort dans un délai de trois ou quatre ans, se produisent à la suite de tous les incidents de nature à amener la déchirure des végétations vasculaires : exercices violents, efforts de défécation ou de miction, cathétérisme. Souvent l'urine est pure au début de l'émission, et c'est seulement à la fin qu'elle se teint de sang. Quelquefois elle entraîne des débris de villosités vasculaires dont l'examen au microscope assure le diagnostic. En dehors de ce dernier cas, la constatation positive est difficile ; les sensations fournies par le cathéter sont fort obscures ; la palpation rectale et sus-pubienne simul-

tanée ne fournit de résultats que chez les individus très maigres et à prostate non hypertrophiée; seule l'exploration de la vessie par une boutonnière périnéale permet un diagnostic certain ; elle est en même temps la préface de l'extirpation. Elle est indiquée toutes les fois qu'il y a hématurie vésicale avec miction fréquente et douloureuse, sans que les moyens ordinaires d'examen permettent d'établir un diagnostic rationnel.

Cette opération diffère absolument de la taille, car la vessie ne doit pas être touchée par l'instrument tranchant; tout se borne à inciser la portion membraneuse de l'urètre et à dilater ensuite légèrement la portion prostatique avec le doigt; c'est à proprement parler une uréthrotomie périnéale médiane, calquée sur l'opération de Dolbeau pour la lithrotritie périnéale. Pour la pratiquer, on place le malade dans la position de la taille; on introduit un cathéter cannelé dans l'urèthre ; on place ensuite l'index gauche dans le rectum en contact avec le sommet de la prostate ; le bistouri tenu de la main droite, le tranchant dirigé en haut, est enfoncé verticalement dans le périnée, exactement sur la ligne médiane, jusqu'à ce que son extrémité atteigne la rainure du cathéter immédiatement en avant du sommet de la prostate; on incise l'urèthre de bas en haut juste assez pour permettre l'introduction du doigt, et, en retirant le scalpel, on a soin d'agrandir l'ouverture externe. Une bougie flexible est ensuite introduite dans la vessie le long de la rainure du cathéter, et celui-ci est retiré; l'index droit bien enduit de vaseline phéniquée est insinué dans la plaie périnéale et de là dans la portion membraneuse de l'urètre le long de la sonde ; avec un léger effort, il parvient dans la vessie. Une forte pression exercée par la main gauche de l'opérateur ou par un aide immédiatement au-dessus du pubis, permet d'explorer avec la pulpe du doigt la totalité (ou tout au moins la plus grande partie) de la partie interne du viscère. Si on découvre une tumeur pédiculée, on peut essayer d'employer l'écraseur linéaire ou le serre-nœud; mais cette méthode ne permet d'extirper qu'une partie du néoplasme, et elle est inapplicable aux tumeurs sessiles à large base d'implantation. Pour les unes et les autres, il y a avantage à employer la rugination et l'arrachement à l'aide de la curette tranchante ou même du doigt. L'hémorragie est moins à craindre qu'on ne pourrait penser, car il faut bien savoir que les tumeurs de ce genre saignent bien plus facilement par leur surface ulcérée que par leur base d'implantation mise à nu. D'ailleurs, l'écoulement de sang, s'il s'en produisait, serait facilement arrêté par l'injection d'une solution concentrée de perchlorure de fer, injection qui est parfaitement tolérée par la vessie. L'opération faite, il est bon de laisser dans la vessie un tube élastique en caoutchouc flexible, par lequel on peut aisément pratiquer des lavages, et qui permet à l'urine de s'écouler dans un vase placé sous le lit.

Chez les femmes, la boutonnière périnéale est remplacée par la dilatation rapide de l'urètre au moyen de bougies œsophagiennes d'un diamètre croissant; pratiquée de cette manière, elle ne laisse presque jamais d'incontinence d'urine.

Lorsqu'on tombe sur une tumeur d'apparence maligne, on ne peut naturellement espérer l'extirper complètement. Il y a pourtant avantage à faire disparaître tout au moins les végétations de la surface, car on par-

vient ainsi à diminuer les hématuries qui presque toujours constituent pour le malade la menace la plus directe.

Les auteurs ont pratiqué l'exploration digitale de la vessie dans dix cas, dont ils donnent les observations détaillées : six fois on a rencontré et enlevé des tumeurs ; quatre fois il n'existait aucun néoplasme vésical. Sur les six cas de tumeur vésicale, on compte quatre hommes et deux femmes ; parmi les premiers, trois présentaient un papillome vrai ; deux d'entre eux ont guéri, le troisième a succombé à une affection grave des reins antérieure à l'opération ; le quatrième malade, atteint d'épithéliome villeux, a été amélioré, mais a succombé trois mois plus tard. Des deux femmes, l'une offrait un sarcome du trigone vésical, qui a été opéré deux fois avec succès ; la seconde avait un papillome qui n'a pas récidivé. Quant aux quatre malades affectés de dysurie et d'hématurie chez lesquels on n'a pas trouvé de tumeur vésicale, trois d'entre eux ont guéri ; le dernier est mort d'adynamie le 27e jour après l'opération. H. BARTH.

VII. — Bontecou a pratiqué deux fois l'uréthrotomie périnéale, préconisée par Thompson pour l'ablation des tumeurs et faite en 1850 par Parker, de New-York, pour la guérison d'une cystite chronique intolérable, suite de blennorragie.

Les deux malades de Bontecou souffraient depuis longtemps d'une cystite rebelle à tout traitement. Bontecou pratiqua l'uréthrotomie médiane périnéale et extirpa chez les deux de petites tumeurs polypoïdes, sorte de papillomes siégeant chez l'un à la face antérieure, chez l'autre au col de la vessie. La guérison fut très rapide. A. C.

VIII. — Ce n'est pas à l'opération de Thompson que l'auteur a eu recours, mais à une taille latéralisée véritable, suivie de l'ablation de la tumeur par le raclage. Il s'agissait d'un très large papillome de la vessie qui avait conduit l'opéré à l'extrémité par des hémorragies répétées et des douleurs intolérables. Le malade guérit ; les urines cessèrent de passer par l'incision périnéale au bout de 2 mois seulement, mais elles restèrent alcalines pendant 3 mois encore ; pendant 6 mois, le malade souffrit de douleurs vives, et plus d'un an se passa avant que la guérison pût être considérée comme parfaite.

Ransohoff accompagne cette observation du relevé de quelques cas pris tout à fait au hasard dans la littérature moderne ou ancienne. Absolument ignorant des travaux récents qui se sont produits sur ce point en Angleterre et en France, il qualifie de tentatives aventureuses, inutiles et anti-chirurgicales, les premières opérations de broiement pratiquées pour des tumeurs par Civiale et Mercier, opérations auxquelles est revenu dans ces derniers temps sir Henry Thompson, en les associant à la lithotritie périnéale de Dolbeau. PAUL BERGER.

IX. — L'auteur a pris pour base de cette importante monographie l'étude de 150 cas, dont deux personnels, et décrit en détail l'histoire clinique et surtout opératoire des tumeurs vésicales.

Le diagnostic toujours si malaisé de ces tumeurs sera facilité par l'examen des débris de tissus morbides que l'on pourra trouver soit dans l'urine, soit dans les yeux du cathéter ; chez la femme, la dilatation urétrale sera d'un grand secours ; chez l'homme, on devra combiner, avec une profonde palpation sus-pubienne, l'introduction du doigt et au besoin de la main dans le rectum.

Une des parties les plus intéressantes de ce travail est le résumé chronologique de toutes les opérations tentées jusqu'à ce jour, soit chez la

femme, soit chez l'homme. En tout, 34 opérations d'ablation ont été pratiquées. Chez la femme, on en compte 23, qui se décomposent ainsi : 17 ablations par dilatation de l'urètre, dont 10 guérisons : 6 opérations par incision de l'urètre ou de la cloison vésico-vaginale, dont 3 guérisons. Chez l'homme, 11 opérations, dont 8 par le périnée, 2 en combinant les voies périnéale et sus-pubienne, 1 par la taille sus-pubienne ; sur les 11 cas, 6 guérisons.

Stein est partisan de l'opération précoce, même en l'absence de symptômes secondaires graves. Si l'on diagnostique une tumeur vésicale, si les symptômes réactionnels et douloureux sont très prononcés, il lui paraît légitime de faire une opération exploratrice, qui permettra d'enlever la tumeur si la chose est possible, ou sinon procurera tout au moins une amélioration très notable des symptômes. A. CHAUFFARD.

X. — Femme de 28 ans, sujette de temps en temps à des hématuries, qui, au bout de deux ou trois ans, deviennent continuelles et sont accompagnées de tous les phénomènes de la cystite. Un traitement par les injections astringentes, longtemps continué, n'amène que peu d'amélioration, jusqu'au moment où la malade rend par l'urètre un petit corps charnu du volume d'un pois, dans lequel le microscope permet de reconnaître des vaisseaux sanguins. On diagnostique un polype vésical, et après dilatation de l'urètre, on découvre en effet une masse molle et lobulée, adhérant par un pédicule au bas-fond de la vessie ; l'extirpation est faite avec des ciseaux, et la surface de section fortement badigeonnée avec la teinture d'iode pure. Les premières suites furent régulières, mais le dixième jour, la malade fut prise d'une hémorragie vésicale très violente qui ne céda qu'à l'administration de l'acide gallique à l'intérieur, et qui la laissa très anémiée ; cependant elle se rétablit sans encombre. La tumeur enlevée, du volume d'une pomme d'api, était un papillome fibreux. H. B.

XI. — Exemple de cancer primitif et localisé à la vessie.

Homme de 43 ans. Début de la maladie en 1874, sans prodromes, par une hématurie considérable suivie de rétention d'urine. La marche de la maladie a été lente, la mort est survenue en 1882.

A l'autopsie, la vessie contient 150 grammes d'un liquide sanieux. Inférieurement la cavité est remplie par une tumeur de la grosseur d'une orange, largement implantée sur la moitié gauche de la paroi postérieure, haute de 6 centimètres, élargie en chapeau de champignon. La coupe y montre un mélange des tissus encéphaloïde, squirrheux et colloïde, avec prédominance du premier. La tumeur pénètre jusque dans la tunique musculeuse.

Sur la moitié droite de la muqueuse vésicale se voit une autre tumeur ayant les dimensions d'une petite noix, une surface villeuse non ulcérée, et n'atteignant pas jusqu'à la couche sous-muqueuse.

Hypertrophie générale des parois vésicales ; culs-de-sac anfractueux de la muqueuse avec mélange de pus et de fausses membranes qui se continuent jusque dans la portion prostatique de l'urèthre non envahie par le néoplasme.

Prostate indemne. Rien dans les autres organes. J. B.

XII. — Une femme de 72 ans souffrait depuis plusieurs mois d'incontinence d'urine avec besoins fréquents d'uriner, dysurie, ténesme vésical et sensation incessante de brûlure à l'hypogastre et à la vulve. Les urines, peu abondantes, ammoniacales, chargées de muco-pus, laissaient déposer par le refroidissement une grande quantité de phosphates. — Pendant deux mois, les traitements les plus variés : repos au lit, bains de siège, injections vésicales simples et médicamenteuses, cathétérisme fréquent, alcalins et acides à l'intérieur, urent essayés successivement sans produire aucune amélioration durable. On se décida alors à pratiquer le drainage de la vessie : une fistule vésico-

vaginale fut créée, par laquelle on introduisit un cathéter fixé à demeure, et on fit des injections vésicales d'abord avec une solution d'hyposulfite de soude, puis avec de l'acide nitrique étendu. Le ténesme et les douleurs diminuèrent rapidement, l'alcalinité des urines disparut, et au bout de deux mois, il n'y avait plus trace d'inflammation vésicale. Le tube à drainage étant retiré, la malade se trouva en état de garder ses urines pendant plusieurs heures; la miction se faisait sans difficulté et l'urine claire, légèrement acide, laissait à peine déposer un léger nuage de mucus. La fistule se ferma spontanément en peu de jours, et trois mois après l'opération, la malade quittait l'hôpital entièrement guérie. H. BARTH.

I. — Modifications modernes de la lithotritie, par KIRMISSON (*Thèse d'agrégat. Paris*, 1883).

II. — On the rapid evacuation of stone from the bladder after crushing, with presentations of a new and simplified evacuator, par F. W. OTIS (*New York Acad.; Med. News*, 10 *novembre* 1883).

III. — Die Behandlung der perinealen Harnröhrenverletzungen (traitement des traumatismes périnéaux de l'urètre), par C. KAUFMANN (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er *janvier* 1884).

IV. — Ueber Resection der Urethra bei Stricturen, par HEUSNER (*Deutsche med. Wosch.*, *n°* 28, 1883).

V. — Note pour servir à l'histoire des résultats définitifs de l'uréthrotomie externe, par A. DUBRUEIL (*Gaz. hebdomad. de Montpellier*, *n°* 10, 1883).

VI. — Une note sur un cas de calculs extra-urétraux chez la femme, par GIRAUD (*Gaz. des hôpit.*, 18 *décembre* 1883).

VII. — Ueber tuberculöse Periurethritis, par ENGLISH (*Berlin. klin. Woch.*, 10 *décembre* 1883).

VIII. — Ueber Priapismus und Cavernitis, par NEUMANN (*Wiener med. Jahrb.*, *Heft* 2, *p.* 143, 1883).

IX. — Névroses des organes génito-urinaires de l'homme, par ULTZMANN, traduit par H. PICARD (*in-8°*, *Paris* 1883).

X. — Kyste hydatique de la prostate, par TILLAUX (*Bull. Soc. chir.*, *p.* 143 1883).

I. — C'est à l'apparition de la méthode de Bigelow que l'auteur fait commencer la lithotritie moderne.

On connaît le principe du chirurgien américain : débarrasser la vessie des fragments qui l'irritent et deviennent la cause d'accidents. Pour réaliser ce but l'application de l'anesthésie permit de prolonger les séances presque indéfiniment, et l'on reconnut la possibilité d'employer des instruments beaucoup plus volumineux que ceux employés jusqu'alors.

Basée sur ces données parfaitement précises et justifiées sur la pratique et les expériences de Thompson, Otis, Guyon, la nouvelle méthode ne pouvait que prospérer. Aussi ses progrès furent-ils rapides.

On trouvera dans une suite de chapitres fort complets la description des perfectionnements successifs apportés par Bigelow, Thompson, Guyon et Corradi aux différentes pièces des appareils lithotriteurs, évacuateurs et aspirateurs.

La difficulté qui consistait à séparer les fragments retirés par aspiration du liquide que l'on renvoie de nouveau dans la vessie, semble vaincue par l'emploi du tube perforé (Bigelow) lequel est prolongé jusqu'au centre de la poire élastique, et présente sur ses côtés des trous nombreux qui agissent comme des filtres.

Pendant l'aspiration le courant entraînant les débris est attiré directement de la vessie à travers le tube dans la partie la plus large de la poire, et les fragments s'y dispersant retombent dans la direction du récepteur; mais lorsque la poire est comprimée, la plus grande partie de l'eau retourne à travers les perforations latérales du tube, parce que leur aire est dans leur ensemble plus grande que l'orifice terminal et parce qu'elles sont plus près du point où passe l'eau pour sortir de la poire. De son côté Guyon a réalisé le même résultat en interposant entre la poire aspiratrice et le cylindre réçepteur une toile métallique qui s'oppose à la pénétration des fragments dans la poire et à leur propulsion dans la vessie. Un appareil qui réunit les avantages de chacun de ces systèmes est celui de Corradi de Florence où l'on retrouve à la fois le tube multiperforé et la toile métallique, mobilisée sous forme de valvule s'ouvrant pour l'entrée dans la poire, se fermant devant le courant qui se dirige vers la vessie.

Contrairement à la pratique américaine, Kirmisson conseille de multiplier les séances plutôt que de les prolonger outre mesure. Voici à ce propos les chiffres tirés de 70 cas nouveaux dus à Guyon.

Sur 70 opérations :

1	seule séance	47 fois
2	—	17 —
3	—	5 —
6	—	1 —

Quant à la durée des séances, elle fut en moyenne de 23 minutes. Les longues séances d'une heure sont exceptionnelles.

Comme résultat définitif on peut mesurer déjà les bienfaits de la méthode aux progrès des statistiques. De 6 à 7 0/0 la mortalité est descendue à 3 0/0. Mais ce n'est pas tout, la pratique nouvelle a reculé les bornes de la lithotritie en permettant d'agir sur des vessies intolérantes, grâce à l'anesthésie et à la promptitude des résultats, et surtout d'attaquer des calculs très gros et très résistants; sous ce rapport, elle a singulièrement modifié les destinées de la taille, en ne lui laissant plus que les pierres exceptionnellement dures et volumineuses. A juste raison, l'auteur voit là un argument en faveur de la taille hypogastrique.

Chez les vieillards atteints d'hypertrophie prostatique, le broiement est applicable, mais on ne peut recourir qu'avec réserve à l'aspiration qui expose à l'hémorragie. Aussi Thompson a-t-il, dans un cas, pratiqué, après le broiement, une boutonnière uréthrale qu'il dilata ensuite pour faire l'extraction directe des fragments. De son côté, Harrison d'accord sur ce point avec Ashhurst (de Philadelphie), préfère avoir recours à la taille, qui dans certaines circonstances heureuses permet l'exérèse de la tumeur prostatique.

L'auteur termine son travail par l'examen des indications de la lithotritie moderne chez la femme et chez les enfants.

De nombreuses planches permettent de suivre facilement la description minutieuse des appareils et leurs rapides perfectionnements. L. JULLIEN.

II. — Après un panégyrique de la lithotritie rapide, et quelques remarques sur la forme et le volume des sondes évacuatrices de Bigelow, d'Otis et de Thompson, l'auteur décrit un appareil évacuateur nouveau dans lequel l'injection et l'évacuation de l'eau qui doit entraîner les fragments de pierre, s'obtiennent par la pression sur une poire en caoutchouc gonflée d'air. Une disposition de valvule empêche l'air de pénétrer dans la vessie ; la situation réciproque du tube évacuateur et du récipient rend le retour des fragments dans la vessie impossible. P. B.

III. — En laissant de côté les traumatismes de l'urètre compliqués de lésions des os du bassin et ceux qui n'ont été traités qu'à la période du rétrécissement consécutif, Kaufmann a compulsé dans la littérature 208 cas de blessure de l'urètre.

121 d'entre eux soit	61,1 0/0	ont été traités par l'incision périnéale ;
44	22,2	par la sonde à demeure ;
21	10,6	par la ponction vésicale ;
12	6,1	ont évolué spontanément ;
10	»	ne fournissent aucun renseignement sur le traitement.

La terminaison est indiquée pour 205.

176 (85,85 0/0) ont guéri et 29 (14,15 0/0) se sont terminés fatalement ; soit une mortalité moyenne générale de 14 0/0.

En comparant maintenant la terminaison des divers modes de traitement, on arrive aux chiffres suivants :

1° L'*incision périnéale* a été pratiquée 91 fois dans les deux premiers jours avec 83 guérisons (91,2 0/0) et 8 morts (8,8 0/0) ; 30 fois à une époque plus tardive avec 24 guérisons (80 0/0) et 6 morts (20 0/0).

2° La *sonde à demeure* a été employée dans 44 cas. Ce traitement a pu être continué dans 22 cas dont 19 (86 0/0) ont guéri et 3 (14 0/0) sont morts. Des complications ont obligé à y renoncer dans 22 cas dont 17 (77,3 0/0) ont guéri et 5 (22,7 0/0) sont morts. Ces complications étaient 3 fois une infiltration urineuse, 9 fois des abcès périnéaux et 10 fois des phlegmons du périnée.

3° La *ponction hypogastrique* de la vessie a été faite chez 21 malades dont 17 (81 0/0) ont guéri et 4 (19 0/0) ont succombé.

Dans 10 cas, elle fut insuffisante : 3 fois, il fallut inciser des abcès du périnée et 7 fois on dut pratiquer plus tard l'incision périnéale.

4° Des cas évolués sans traitement, 8 ont guéri et 4 sont morts.

C'est donc l'incision périnéale, surtout la précoce, qui a été à la fois le traitement le plus fréquent et celui qui a donné les meilleurs résultats.

Au contraire, la ponction vésicale à laquelle on a eu le moins recours a fourni la plus forte mortalité.

Relativement au mode de production des traumatismes de l'urètre, Kaufmann a répété les expériences d'Ollier et Poncet et de Terrillon (*R. S. M.*, XIII, 230). D'une façon générale, il est arrivé aux mêmes résultats que les expérimentateurs français.

Quant au traitement, voici comment Kaufmann en résume les indications :

1° Dès que le cathétérisme offre des difficultés, il faut immédiatement

pratiquer l'incision périnéale, vider le foyer contus et le désinfecter. Si la plaie urétrale est peu importante, on laisse ensuite la cicatrisation s'opérer spontanément. Si la rupture des parois est totale, il y a lieu de pratiquer la suture des deux bouts après ablation des extrémités contuses. Dans les premiers jours on ne recourra qu'exceptionnellement au cathétérisme et autant que possible on ne laissera jamais la sonde à demeure. La plaie du périnée sera traitée à ciel libre et recouverte seulement d'un pansement antiseptique.

2° Il faut renoncer au traitement par la sonde à demeure vu les dangers d'infection de la plaie et d'infiltration d'urine.

Dans les cas où le cathétérisme s'opère sans difficulté, on est autorisé à le répéter assez souvent pour essayer d'empêcher l'urine d'arriver au contact de la plaie urétrale. Mais dès qu'il survient quelque signe d'inflammation du foyer de contusion périnéal, il faut l'ouvrir largement.

3° La ponction hypogastrique de la vessie étant insuffisante comme méthode de traitement on ne doit y recourir (avec l'aide d'un aspirateur) que lorsque le cathétérisme est impossible et que l'état du patient ne permet pas d'inciser immédiatement le périnée (*R. S. M.*, II, 362; X 269; XXI, 698).

IV. — Un homme de 61 ans, atteint d'abcès périnéphrique en juillet 1882 et guéri par l'incision, est porteur d'un rétrécissement de l'urètre, siégeant en avant du bulbe et qu'il est impossible de franchir avec la sonde. On l'opère le 6 novembre : incision des bourses et urétrotomie externe en avant du point rétréci. Comme cette incision ne permet pas de trouver l'ouverture de la partie rétrécie, le chirurgien en pratique une autre en arrière et peut ainsi faire passer une sonde cannelée, et inciser d'arrière en avant le rétrécissement qui a 1 centimètre de longueur.

C'est alors qu'il pratique la résection de la partie rétrécie, enlevant 1 centimètre 1/2 de canal, et réunit les deux segments urétraux sains au moyen de trois fils de catgut. Une sonde d'argent est mise à demeure. Lotions antiseptiques.

Le troisième jour on enlève la sonde, et l'urine s'écoule en partie par la plaie, en partie par le méat urinaire.

Le sixième jour on fait le cathétérisme avec facilité, et on le renouvelle le huitième et les jours suivants jusqu'au 10 décembre. Du reste trois semaines après l'opération la plaie est guérie et ne laisse plus passer l'urine, qui s'écoule par le méat seulement. Pendant le séjour à l'hôpital, le sujet a gagné 38 livres.

Si mois plus tard, l'auteur sonde son opéré sans difficulté ; il trouve seulement un léger obstacle dans la portion membraneuse à une certaine distance de l'ancien rétrécissement. L. GALLIARD.

V. — Après les opérations qui ont pour but de remédier aux rétrécissements de l'urètre, on voit la coarctation se reproduire, en général, si l'opéré n'a pas la précaution de maintenir, par le passage fréquent d'une sonde, la dilatation précédemment obtenue. Dubrueil ayant eu l'occasion de pratiquer un assez grand nombre de fois l'urétrotomie externe, pense que ce procédé a l'avantage d'assurer à l'urètre une ampliation, sinon constante, tout au moins de longue durée. Il n'a pu vérifier, *post mortem*, l'état du canal, dans les cas de ce genre ; mais il rapporte deux cas dans lesquels, en dépit de la négligence des malades à se passer des sondes, le rétrécissement n'a encore manifesté aucune tendance à se reproduire, trois ans après l'opération. Chez les deux malades (l'un âgé de 45 ans,

l'autre de 48) il était impossible d'introduire la plus petite sonde, l'urétrotomie externe dut être pratiquée sans conducteur. Ces deux faits acquerraient une plus grande importance si d'autres analogues étaient observés; Dubrueil appelle donc l'attention des chirurgiens sur ce point important dans la thérapeutique des rétrécissements de l'urètre. A. MOSSÉ.

VI. — Femme de 45 ans a reçu, deux ans avant son entrée à l'hôpital, deux coups de pied dans la région du bas-ventre ou du périnée : douleurs plus ou moins vives depuis cette époque : il y a 10 mois apparition à la vulve d'une petite grosseur, qui augmente peu à peu : actuellement on constate, entre les petites lèvres, au-dessous du méat, à la partie médiane, une tumeur de la grosseur d'un œuf, arrondie, rougeâtre, paraissant située dans la cloison urétro-vaginale et recouverte de la muqueuse du vagin ; au toucher elle est dure et paraît renfermer des corps étrangers que l'on sent frotter les uns contre les autres.

Une sonde est introduite par le méat et pénètre dans la vessie sans encombre; une certaine quantité d'urine normale s'en écoule ; la sonde introduite une seconde fois, la courbure tournée en bas, pénètre alors par un orifice assez étroit dans l'intérieur de la poche et heurte un corps dur qui donne tout à fait la sensation d'une pierre.

On pratique l'extraction des calculs par la dilatation brusque ; ils sont au nombre de 5, à forme polygonale, à facettes curvilignes concaves ou convexes et se correspondant les unes aux autres. Le plus gros a 22 millimètres de long et 18 de large. Leur poids total est de 12gr,100 : ils sont mous, friables, blanchâtres ; à la coupe, on remarque qu'ils sont formés de couches concentriques toutes analogues. Ils sont formés de phosphate de chaux et d'une petite quantité de carbonate de chaux. OZENNE.

VII. — Chez les tuberculeux et chez les individus prédisposés à la tuberculose, la péri-urétrite prend une marche toute spéciale caractérisée par sa lenteur, par l'extension continue du mal et par son caractère rebelle à toute médication.

La terminaison est une urétrite ou une inflammation des glandes de Cowper.

Le gonflement apparu dans le triangle bulbo-urétral, s'étend d'une part sous l'aponévrose pour assurer à la peau, d'autre part, dans la profondeur pour amener des perforations multiples de l'urètre.

Puis le mal en s'étendant vers le rectum et la prostate, donne lieu à une cavité remplie de bourgeons fongueux qui se reproduisent au fur et à mesure qu'on les détruit.

Dans des cas rares, on observe une évolution comparable aux épididymites caséeuses à marche foudroyante. J. B.

VIII. — L'inflammation des corps caverneux, dont le priapisme est l'expression symptomatique, reconnaît des causes diverses. On l'observe d'abord à la suite des constrictions de l'urètre, de l'urétrite, des abcès péri-urétraux, des gommes, des chancres mous ou indurés, des tumeurs comprimant les veines honteuses et le plexus de Santorini et gênant la circulation du pénis. Dans cette première catégorie la pathogénie est facile à comprendre.

Mais d'autre part la maladie se montre aussi dans les affections générales telles que la fièvre typhoïde, la tuberculose et, chose remarquable, la leucémie; peut-être doit-on invoquer à propos de cette dernière les obstacles dus à l'accumulation des globules blancs et les hémorragies des corps caverneux.

Voici deux observations d'inflammation, de cavernite, de cause locale.

1° Forgeron de 50 ans ayant en 1876 de l'œdème des membres inférieurs ; au mois d'août 1881 il urine du sang en abondance, et l'hématurie se reproduit à la fin d'octobre avec des douleurs vives au périnée et un gonflement considérable du pénis. Amené à la clinique, il meurt le 23 novembre. Le priapisme a duré 31 jours. A l'autopsie, on trouve deux litres de pus dans la cavité abdominale, les reins gonflés et contenant plusieurs abcès; les calices, les bassinets, les uretères remplis de pus ; la vessie contient 300 grammes de liquide infect brunâtre et sa paroi postéro-inférieure est le siège d'une lésion carcinomateuse. On constate que la péritonite est due à la perforation des parois vésicales. Le carcinome a envahi les vésicules séminales, le *vas deferens* et l'uretère du côté gauche.

C'est ce néoplasme qui a comprimé les vaisseaux et déterminé d'abord le gonflement œdémateux puis l'inflammation des corps caverneux. Les veines honteuses, les veines dorsale et profonde de la verge sont obturées par des caillots rougeâtres. Le tissu cellulaire sous-cutané de la verge et du scrotum est infiltré de pus ainsi que le tissu cellulaire qui entoure l'urètre ou qu'on trouve dans le petit bassin. Les corps caverneux contiennent une bouillie rougeâtre. L'albuginée est épaissie.

Au microscope on voit que cette membrane est infiltrée d'un grand nombre de petites cellules qu'on retrouve aussi en grande quantité dans tout le tissu érectile ; mais il existe en outre dans la trame des corps caverneux des cellules carcinomateuses. Les mêmes éléments provenant du néoplasme vésical sont unis à la fibrine dans les thromboses des veines du pénis et du plexus de Santorini.

2° Homme de 58 ans, entré à l'hôpital le 2 décembre 1881, présentant de l'œdème du prépuce avec balanite, lymphangite du dos de la verge et adénopathie inguinale double.

Le 10 décembre, on fait une incision au dos de la verge et l'on met à nu une eschare profonde.

Bientôt se forment des fistules urétrales multiples.

29 décembre. Infiltration purulente des corps caverneux qui sont gonflés et recouverts d'une peau œdématisée.

28 janvier. Le processus s'est étendu jusqu'au bulbe urétral et c'est dans les parties postérieures que le volume et l'induration des corps caverneux acquièrent leur maximum ; en les comprimant, on fait sortir le pus par les orifices fistuleux. Les sondes introduites dans les fistules pénètrent à une grande profondeur.

Le 18 février on est obligé d'ouvrir un abcès près du pli génito-crural. On y introduit un drain qui pénètre dans une des fistules du dos de la verge.

C'est seulement à la fin de mars que les trajets fistuleux s'oblitèrent. Les corps caverneux sont transformés en masses fibreuses, épaisses et dures qui rendent l'érection impossible. L'urine passe par le méat.

Le malade quitte l'hôpital le 2 avril, guéri. L. GALLIARD.

IX. — Ultzmann reconnaît trois sortes de névroses suivant qu'elles frappent les nerfs de motilité, de sensibilité, ou de sécrétion.

Dans les névroses de la sensibilité urinaire il range certaines sensations de cuissons, de picotements qu'il rapporte à une altération catarrhale de la prostate, et dont le traitement est basé sur l'emploi des astringents directement portés sur la région prostatique au moyen du cathéter injecteur. Les névroses de la sensibilité génitale s'accusent par un endolorissement des testicules et une impuissance généralement passagère liée à des modifications morbides du verumontanum. L'électricité est indiquée pour les combattre.

Les névroses de la motilité se distinguent suivant leurs effets en spasmodique ou parétique. L'*uréthro-spasme* et le *cysto-spasme*, la paresse du sphincter et la paralysie du *detrusor urinæ*, sont étudiés très complètement, et le lecteur trouvera là quantité de détails cliniques et physiologiques, en même temps qu'il apprendra le moyen de triompher de ces désordres par des moyens le plus souvent locaux.

La spermatorrhée, l'énurèse diurne et nocturne, enfin la polyurie, la phosphaturie et la prostatorrhée sont minutieusement décrites dans les derniers chapitres de cet intéressant ouvrage. Il est seulement à regretter que les auteurs français soient à peu près complètement oubliés, dans l'étude de questions où la revendication serait facile.

X. — Le 23 septembre entrait à Beaujon un garçon d'hôtel de 43 ans, qui depuis un an souffrait de différents troubles urinaires. Besoins plus fréquents, lenteur de l'émission, alternatives de diarrhée et de constipation. Au toucher rectal on constate que la prostate est grosse, résistante, élastique, et que ses deux lobes sont confondus. Le cathétérisme fait reconnaître que la sonde est serrée ; pour introduire une sonde métallique il faut élever le siège du malade avec un coussin et abaisser fortement le pavillon entre les cuisses.

Le chirurgien penche pour un abcès de la prostate et incise par le rectum. A son étonnement il voit sortir un liquide clair, semblable à l'urine mêlée à du sang ; au toucher il semble que la poche soit cloisonnée.

3 jours plus tard le malade rend une membrane qui ressemble à une hydatide ; ce phénomène se renouvelle les jours suivants ; puis la poche se vide petit à petit, l'organe revient sur lui-même, et le malade sort guéri.

M. Tillaux croit que ce kyste était rigoureusement situé dans la prostate et plus probablement dans le tissu glandulaire. Mais Marchand, Lannelongue, Perier formulent des réserves à ce sujet. Il est plus ordinaire, en effet, de voir des kystes se loger dans les muscles et l'on sait que le plancher du bassin est presque un lieu d'élection. Un assez bon nombre d'observations ont été publiées sous le titre de kyste hydatique de la prostate. Mais M. Le Dentu, les soumettant à une critique sévère, a pu les récuser toutes, et l'on pouvait dire hier encore que le kyste hydatique de la prostate était à trouver ; il est certain d'ailleurs que sur le vivant il est bien difficile d'acquérir la preuve d'une localisation précise.

L. JULLIEN.

Two fistula in the penile portion of the urethra, successfully treaded by a plastic operation, after opening the urethra in the perineum, par CLUTTON (*The Lancet*, 8 *décembre* 1883).

L'auteur fait observer que dans la plupart des cas d'autoplastie de l'urètre, le principal obstacle au succès gît dans la difficulté d'empêcher le contact de l'urine avec la plaie opératoire : l'usage de la sonde à demeure n'est nullement une garantie, car au bout de fort peu de temps, et quoi qu'on fasse, l'urine s'écoule entre la sonde et l'urètre ; le cathétérisme répété est plus efficace, mais présente parfois beaucoup d'inconvénients. Au contraire toute difficulté disparaît si l'on pratique une boutonnière au périnée, qui permet l'écoulement facile de l'urine pendant toute la durée du traitement, et maintient ainsi la partie antérieure de l'urètre à l'abri de toute irritation. La cystite n'est pas une contre-indication ; bien au contraire le drainage facile de l'urine est ordinairement suivi d'une amélioration notable.

Suit une observation dont voici le résumé très succinct :

Un jeune homme de dix-neuf ans, à la suite d'une cystite blennorragique ayant nécessité le cathétérisme, avait eu deux abcès urineux le long de la portion péniénne de l'urèthre, l'un en avant du moteur et l'autre à peu de distanée du frein ; il en était résulté deux larges fistules uréthrales avec perte de substance étendue, occasionnant une incommodité excessive au moment de la miction. L'auteur pratique la boutonnière périnéale suivant la méthode de Thompson, et quinze jours après, l'écoulement de l'urine étant assuré par cette voie, il opéra les deux fistules par simple avivement des bords, et sutura au catgut. Sauf un peu d'irritation vésicale déterminée par le séjour prolongé de la sonde, le malade n'eut aucun accident. Au bout de six jours la cicatrisation était faite, et les sutures purent être enlevées ; quelques petites solutions de continuité qui avaient persisté se fermèrent d'elles-mêmes huit jours après, et le 15e jour on put rendre à l'urine sa voix normale.

H. B.

Une cuillère dans l'estomac (taille stomacale), par G. FÉLIZET (*Semaine médicale, n° 40, 1882.*)

Un jeune homme de 18 ans eut la malencontreuse idée de s'introduire dans l'œsophage une longue cuillère à café dans le but de divertir les assistants. Au cours de cet exercice, la cuillère lui glissa des doigts, et elle fut entraînée jusque dans l'estomac par des mouvements involontaires de déglutition. C'était le 10 septembre 1882. Dans la nuit, à deux heures du matin, le patient fut transporté à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Félizet. Le malade éprouvait un sentiment de constriction à l'épigastre et une grande gêne respiratoire. Chaque contraction du diaphragme déterminait une sensation douloureuse. A la palpation on percevait dans le flanc gauche une saillie dure, très nettement limitée, au niveau de laquelle la pression était douloureuse et provoquait par transmission une sensation de piqûre au-dessous du foie. Dans la journée le malade fut en proie à une sputation continuelle. Il ne pouvait dormir. Bientôt il fut pris de vomissements bilieux qui allèrent en augmentant. Dès le second jour M. Félizet se décida à intervenir et à pratiquer la taille stomacale pour retirer le corps étranger qui ne mesurait pas moins de 24 centimètres de longueur. L'opération fut précédée par un lavage de l'estomac avec de l'eau de Vichy. Le tube de Faucher, utilisé pour ce lavage, devait servir également à distendre l'estomac avec de la vapeur d'éther (flacon d'éther plongé dans l'eau bouillante), afin de mettre cet organe en rapport avec la paroi abdominale dans une aussi grande étendue que possible. Le patient étant plongé dans l'anesthésie chloroformique, une incision de 7 centimètres de long fut conduite à travers les parois abdominales à 1 centimètre et demi au-dessous et parallèlement au rebord des fausses côtes gauches ; l'hémostase était rendue aussi parfaite que possible par le pincement et la ligature des vaisseaux sectionnés. Une fois la séreuse abdominale mise à nu, l'estomac fut distendu au moyen des vapeurs d'éther et le péritoine fut divisé ensuite sur la sonde cannelée. Aussitôt l'estomac distendu vint faire saillie entre les deux lèvres de la plaie. Cette partie saillante fut saisie avec une pince en cœur ; onze points de suture furent placés tout autour de la plaie, de façon à accoler exactement l'un à l'autre les feuillets pariétal et viscéral de la séreuse, et cela sur une largeur de 1 centimètre au moins. Cette partie de l'opération fut faite avec un soin tout particulier ; puis la pince en cœur ayant été retirée, chacune des lèvres de la plaie fut fixée à l'estomac au moyen de cinq points de suture. En interrompant la communication de l'estomac avec le ballon d'éther, l'estomac revint sur lui et on put ainsi reconnaître qu'entre deux points de suture existait un godet formé par la paroi stomacale, au niveau du

quel les liquides eussent pu passer et pénétrer dans le péritoine. L'estomac fut distendu à nouveau et on appliqua au niveau du godet un onzième point de suture. M. Félizet fit ensuite à la paroi stomacale une incision linéaire de 6 centimètres de long, parallèle à l'axe de la plaie. Un doigt introduit dans l'estomac fit reconnaître que le corps étranger était fixé transversalement dans la cavité de cet organe, dans le sens de son grand axe; l'extrémité buccale de la cuillère était engagée dans l'orifice pylorique. En s'aidant d'une pince hémostatique, M. Félizet parvint à faire exécuter à la cuillère une véritable version, de façon à amener le manche au niveau de l'incision, et l'extraction du corps étranger fut terminée aussitôt. On appliqua sur la plaie un pansement de Lister, maintenu au moyen d'un bandage de corps en flanelle, qui dans les premiers temps fut renouvelé toutes les vingt-quatre heures. Les liquides ingérés par le malade s'écoulaient par la plaie stomacale; pour calmer la soif on eut recours avec succès aux lavements d'eau.

Le 1er octobre, l'accolement de la partie supérieure de la plaie stomacale était parfait; à travers une carapace de collodion on apercevait une simple ouverture fistuleuse. Une éponge appliquée à ce niveau en forme de tampon ne laissait plus rien échapper du contenu de l'estomac. Ce même jour, le malade, qui resta levé deux heures, mangea environ 350 grammes de viande, des légumes et de la pâtisserie.

M. Desfontaine, qui a donné la relation de ce fait, insiste sur les avantages de l'ingénieuse et inoffensive méthode de distension gastrique imaginée par M. Félizet. E. R.

OPHTALMOLOGIE.

Manuel de thérapeutique oculaire usuelle à l'usage des médecins praticiens, par A. TROUSSEAU (in-8°, *Paris*, 1884).

Ce manuel est destiné aux médecins praticiens qui n'ont pas fait de l'ophtamologie une étude spéciale et qui n'ont pas toujours présentes à l'esprit les ressources si variées de la thérapeutique oculaire moderne.

Le livre est avant tout pratique; on y trouvera seulement les conseils thérapeutiques concernant les affections oculaires usuelles que tous peuvent le plus souvent diagnostiquer et traiter sans le secours d'un spécialiste.

L'auteur a cru devoir passer sous silence toutes les maladies qui, pour être reconnues et soignées, nécessitent soit une exploration spéciale (ophtalmoscope, examen fonctionnel), soit une intervention chirurgicale obligeant à un apprentissage long et minutieux.

La perception des couleurs et la perception des différences de clarté, par A. CHARPENTIER (*Acad. des sciences*, 9 *avril* 1883).

La perception du blanc et des couleurs complexes, par LE MÊME (*Ibid.*, 23 *avril* 1883).

En présentant à l'œil une surface faiblement éclairée sur laquelle se

détache un carré coloré, on constate que, pour une clarté donnée de la surface incolore, il faut un éclairement déterminé du carré coloré pour le faire distinguer du fond. Or, en même temps que ce carré est distingué du fond, il paraît coloré, c'est-à-dire qu'il ne se passe pas une phase incolore, comme cela a lieu quand il se détache sur un fond obscur. Ici la sensation de couleur se confond donc avec la sensation de différence de clarté. De cette expérience et de plusieurs autres, pour lesquelles nous renvoyons au mémoire original, l'auteur déduit que la perception de couleur n'est que l'appréciation de la différence d'excitation que produisent des rayons déterminés, d'une part sur l'appareil de la sensibilité lumineuse, d'autre part sur l'appareil de la sensibilité visuelle proprement dite ou de la distinction des formes.

En reproduisant sous forme de courbes le résultat de ses expériences et en déterminant semblablement la sensibilité différentielle de la lumière blanche, l'auteur a trouvé que cette sensibilité est intermédiaire entre celle du jaune et celle du vert, c'est-à-dire que la courbe du blanc partage les couleurs en deux groupes, le bleu et le vert d'un côté, le rouge et le jaune de l'autre, le premier groupe correspondant à ce que les artistes ont dès longtemps désigné sous le nom de couleurs froides, le second à ce qu'ils nomment les couleurs chaudes. Quant à la question de l'existence, au sens physiologique, comme le veut Helmholtz, de trois couleurs simples, l'auteur ne connaît aucune preuve directe qui l'établisse jusqu'ici, et les preuves indirectes, d'ordre pathologique par exemple, lui paraissent discutables et insuffisantes. M. DUVAL.

Accommodation et presbytie, par MERAULT MARTIALIS (*Arch. de méd. nav.*, *n°* 9, 1883).

L'auteur, qui est presbyte, recourt pour lire, quand il n'a pas de lorgnon, à l'artifice suivant : il introduit assez profondément la pulpe de l'indicateur entre le bord externe de l'orbite et le globe de l'œil, sur la partie recouverte par la paupière supérieure, et exerce à ce niveau une pression graduée ; les caractères deviennent alors visibles.

Mérault Martialis pense qu'on pourrait par ce procédé distinguer rapidement une presbytie simple d'une paralysie de la rétine, d'une opacité cristallinienne, etc. Il voit dans cette expérience une preuve du rôle joué par les muscles droits et obliques dans l'accommodation. C. ZUBER.

Indice cephalico e refrazione oculare, par BONO (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino, janvier* 1883).

L'auteur croit avoir découvert une relation constante entre la longueur du crâne et la réfraction oculaire ; il résume les résultats de ses recherches dans les conclusions suivantes :

1° L'hypermétropie (brachymorphie du bulbe oculaire) est en règle générale associée à la brachycéphalie ;

2° La myopie se montre rarement chez les brachycéphales ; elle est au contraire prédominante chez les dolichocéphales accentués ;

3° Les emmétropes ont un indice céphalique à peine supérieur à celui des myopes et fortement au-dessous de celui des hypermétropes : différence qui peut s'expliquer par ce fait probable qu'un certain nombre de

myopes ont commencé par être emmétropes, tandis que l'hypermétropie est presque toujours congénitale ;

4° Le degré de myopie ou d'hypermétropie n'augmente pas d'un cas à l'autre parallèlement à la progression de l'indice céphalique, ce qui n'a rien d'étonnant si l'on réfléchit que chez les hypermétropes on mesure seulement l'hypermétropie manifeste, fraction non constante de l'hypermétropie totale ; que la myopie dans beaucoup de cas est liée à une sclérochoroïdite postérieure progressive, et par conséquent indépendante de la forme du crâne, enfin que la dolichocéphalie et la brachycéphalie sont susceptibles de divisions importantes, selon qu'elles dépendent de l'insuffisance d'un diamètre ou de la prévalence de l'autre ;

5° Les myopes non dolichocéphales et spécialement les plus brachycéphales offrent d'ordinaire une diminution de l'acuité visuelle et des altérations anatomiques plus ou moins graves du fond de l'œil. Au contraire, les myopes dolichocéphales ont habituellement l'acuité visuelle intacte et le fonds de l'œil normal, même dans les degrés les plus accentués de myopie ;

6° Ces faits prennent encore plus d'évidence lorsqu'on vient à comparer la forme du crâne chez deux frères qui présentent une amétropie de signe contraire ;

7° Quant à l'interprétation de ces rapports entre la forme du crâne et la réfraction oculaire, et quant à la question de la pathogénie de la myopie, il convient de se tenir dans la plus grande réserve ;

8° Le rapport démontré par tout ce qui précède entre la réfraction de l'œil et la forme crânienne offre, indépendamment de l'intérêt scientifique, l'avantage de jeter beaucoup de lumière sur certaines questions importantes de la pathologie oculaire, notamment celles qui concernent la myopie et le glaucome.

H. BARTH.

Ueber Orbitalphlegmone mit consecutiver Erblindung (Des phlegmons de l'orbite suivis de cécité), par Anton SCHWENDT (*Thèse, Bâle,* 1882).

Schwendt a réuni pour ce travail 44 cas de phlegmon orbitaire avec cécité consécutive dont 4 observés par Schiess-Gemuseus.

L'auteur établit 4 catégories parmi les observations qu'il a recueillies :

1° — 13 cas de phlegmon orbitaire consécutif à un érysipèle ; 4 d'entre eux ont été mortels par une thrombose des sinus ou une méningo-encéphalite ;

2° — 17 cas de phlegmon primitif ou idiopathique, dont 4 avec propagation mortelle aux sinus, aux méninges ou à l'encéphale ;

3° — 12 cas de phlegmon par propagation de l'inflammation d'un des organes voisins, à savoir : 3 provenant d'une suppuration des fosses nasales (1 mort) ; 5 provenant d'une carie dentaire, ostéite maxillaire, abcès de l'antre d'Highmore (1 mort) ; 3 provenant de plaies insignifiantes, infectées accidentellement (1 fois à la suite d'une injection morphinée dans la tempe ; 2 fois après de petites opérations sur les voies lacrymales qui se sont compliquées de pourriture d'hôpital) ; enfin 1 provenant d'une ophtalmie blennorragique.

4° — 2 cas de phlegmon survenus dans le cours d'une maladie infectieuse (morve et fièvre puerpérale).

On voit que parmi ces causes assez variées, ne figurent pas les traumatismes simples. Cependant Schiess a vu un épanchement sanguin rétro-oculaire suivi de contusion donner lieu à un phlegmon orbitaire, mais il y a eu rétablissement de la vue.

En somme, l'érysipèle de la face et des paupières est la cause la plus fréquente. Il est même probable que les faits rapportés comme des phlegmons idiopathiques ont une origine analogue, dans une inflammation cutanée ou sous-cutanée ayant son point de départ dans quelque lésion inaperçue de la région oculo-palpébrale, c'est du moins l'opinion de Leber (*Archiv f. Ophthalm. XXVI*).

La mortalité a été de 20, 5 0/0 pour le phlegmon unilatéral et elle s'est élevée à 40 0/0 dans le phlegmon double.

La différence de gravité entre les deux est encore plus accusée en ce qui concerne le rétablissement de la vision. Tandis que le phlegmon double entraîne presque toujours une cécité incurable, celui qui est limité à une seule orbite permet dans 25, 9 0/0 des cas une récupération des fonctions de l'œil atteint.

Les phlegmons consécutifs à un érysipèle sont très graves : sur 18 yeux atteints, Schwendt n'a pas trouvé un seul rétablissement de la vue. En outre, la mortalité en est considérable (30, 7 0/0).

Les phlegmons propagés des cavités nasale ou buccale sont d'un pronostic un peu moins sérieux (16, 6 0/0 de morts et 1 récupération des fonctions visuelles).

Les phlegmons dits primitifs ont à peu près la même gravité que ceux qui sont consécutifs à un érysipèle.

Quand le phlegmon atteint les deux orbites à quelques jours d'intervalle, le pronostic est toujours mortel; le passage d'une des cavités à l'autre s'opère par les sinus à l'aide d'une thrombo-phlébite purulente de la veine ophtalmique supérieure, constatée dans plusieurs autopsies.

La perforation de la cornée suivie d'atrophie du globe oculaire est un mode de terminaison à peu près aussi commun que la conservation d'un œil amaurotique ; elle survient dans les cas où l'exophtalmie est considérable.

L'amaurose est généralement due à une atrophie du nerf optique, souvent très précoce, mais probablement toujours précédée d'une névrite descendante, dont l'existence a été plusieurs fois établie par l'examen ophtalmoscopique ou cadavérique. La lésion du nerf optique est indépendante du degré de l'exophtalmie qui peut d'ailleurs faire défaut dans des cas rares. Les phlegmons, suite d'érysipèle, consistent surtout dans une inflammation diffuse de la partie postérieure des tissus de l'orbite ; les phlegmons idiopathiques tendent plutôt à produire rapidement des abcès qui viennent s'ouvrir en avant.

L'emploi local de la chaleur humide est préférable à tous les autres topiques. Les abcès doivent être ouverts le plus tôt possible. En cas de protrusion énorme du globe avec perte foudroyante de la vue et ulcération rapide de la cornée, l'auteur préconise la ponction ou l'incision profondes.

J. B.

Sur le rapport qui existe entre une variété de la kératite grave « dite scrofuleuse » et l'astigmatisme de la cornée, par MARTIN (*Annales d'oculistique, juillet-août* 1883, *p.* 14).

Il a été donné à l'auteur de voir un certain nombre de kératites dites scrofuleuses de l'adolescence, tenaces et à répétition (42 cas), accompagnées d'un état astigmatique assez prononcé de la cornée. Pour lui, dans la genèse de ces kératites, l'astigmatisme joue le rôle dominant, tandis que la constitution scrofuleuse n'agit que secondairement.

Les troubles de nutrition de la cornée tiendraient aux contractions du muscle ciliaire destinées à déterminer un astigmatisme cristallinien compensateur, ce que tendraient à prouver les bons effets de l'atropinisation locale des deux yeux, qui seule annihile les mouvements accommodatifs et du port des verres cylindriques qui écarte les rechutes.

Le Dr Martin cherche à prouver que l'astigmatisme n'est pas le résultat de la kératite qu'il veut appeler *kératite astigmatique*. Comme traitement il recommande l'atropinisation des deux yeux et le port de verres cylindriques, même comme moyen préventif. A. TROUSSEAU.

Kératite interstitielle et syphilis héréditaire, par PARINAUD (*Arch. gén. de médecine*, novembre 1883).

L'auteur, dans son travail, donne le résultat de 32 observations reposant sur trois points : kératite interstitielle, altérations dentaires, fausses couches de la mère ou mortalité en bas âge des frères et sœurs.

Il arrive à cette conclusion que la lésion oculaire est une manifestation d'une syphilis atténuée des parents.

La kératite existe le plus fréquemment entre 7 et 18 ans; on la voit pourtant encore après 20 ans, dans ce cas elle peut tenir soit à la syphilis acquise, soit au rhumatisme. Elle est plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Les sujets atteints ont en général quelques caractères de déchéance physique et morale.

Le mercure et l'iodure de potassium sont les médicaments qui conviennent à cette affection quoiqu'elle ne soit pas spécifique.

A. TROUSSEAU.

Ueber die Behandlung von Hornhauttrübungen (Traitement des opacités cornéennes et des granulations conjonctivales), par HEISRATH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 2, p. 29, 14 *janvier* 1884).

1° Opacités de la cornée. Dans les cas invétérés et rebelles, Heisrath joint à l'abrasion des couches superficielles de la cornée, des massages de cette membrane avec la pommade suivante : vaseline 10 ; iodure de potassium 1 ; bicarbonate de soude 0,5.

Chez un jeune garçon qui, depuis 9 mois, à la suite d'une kératite parenchymateuse, ne distinguait plus que les mouvements des doigts, 8 jours de massage ont suffi pour qu'il put compter les doigts à 5 pieds de distance. Quelques mois plus tard, il pouvait parfaitement lire.

Chez un second malade, des opacités dues à un pannus granuleux et vieilles de 3 ans, se sont en quelques semaines éclaircies au point que la faculté visuelle est remontée, à l'échelle de Jaeger, du n° 12 au n° 5.

Enfin, chez un homme de 60 ans qui, depuis 40 ans, présentait des opacités diffuses de la cornée, au bout de 4 semaines de massage, la vue s'est améliorée pour l'œil droit (toujours d'après l'échelle de Jaeger), de 5 à 2 et pour l'œil gauche de 8 à 4.

2° Granulations conjonctivales. Heisrath montre ensuite sur 6 malades les bons effets de son traitement chirurgical. Sous l'influence d'une conjonctivite granuleuse invétérée et des lésions consécutives de la cornée, qui avaient résisté pendant des années à tous les traitements médicaux, la faculté visuelle était limitée à reconnaître les doigts quand on les plaçait tout près de l'œil. A la suite d'excisions profondes et étendues, pratiquées à la face interne de la paupière supérieure aux dépens de la conjonctive et du cartilage tarse, le mal a rapidement cessé de progresser, puis la vue s'est améliorée à tel point qu'au bout de quelques mois, ces personnes étaient en état de reprendre leurs occupations. J. B.

Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die folliculäre Entzündung der Bindehaut des Auges, oder das Trachom bedingt (Recherches anatomo-pathologiques sur l'inflammation folliculaire de la conjonctive oculaire, ou trachome), par RAEHLMANN (*Archiv f. Ophthalm., Band XXIX,* 2).

Le tissu adénoïde de la conjonctive faisant défaut dans les premières années de la vie, il ne peut y avoir de trachome à cet âge. Ni chez l'homme, ni chez les animaux, il n'existe, à l'état sain, de follicules lymphatiques.

Les follicules trachomateux de l'homme montrent déjà, dans les premiers temps de leur existence, une enveloppe déterminée seulement, à ce moment, par la forme et le groupement des cellules les plus périphériques. Les cellules rondes, au début, s'allongent peu à peu, et forment plus tard une véritable capsule celluleuse qui les isole du cartilage de la paupière.

Le contenu du follicule peut ou bien se liquéfier ou s'indurer, et le follicule disparaître; le premier cas est le plus fréquent; mais il peut aussi revenir à son état primitif.

Dans un stade plus avancé du trachome, il s'est formé une enveloppe plus épaisse autour du follicule, et des prolongements de cette enveloppe peuvent aller dans divers sens au milieu des tissus environnants. Le follicule lui-même est pauvre en vaisseaux, sans en être, cependant, complètement dépourvu; autour de lui se développe souvent un riche réseau vasculaire.

Autour du follicule se trouvent des amas de cellules lymphatiques, qui peuvent aussi l'entourer complètement ou l'user par dégénérescence muqueuse de son enveloppe épithéliale, ce qui occasionne des ulcérations folliculaires de la conjonctive; celles-ci guérissent par la formation d'une cicatrice; le processus est analogue à celui qui se passe au niveau des plaques de Peyer. Rarement il en résulte de l'induration.

Le trachome, en somme, n'est donc qu'une inflammation ulcérative des follicules de la conjonctive, qui tend à détruire le tissu adénoïde de cette membrane. ROHMER.

I. — Sur la transplantation conjonctivale, par Marc DUFOUR (*Revue médicale de la Suisse romande, I*, 607).

II. — Observations d'ankyloblépharon et de symblépharon cornéoconjonctival, suite de brûlure. 3 opérations. Greffe animale, succès, par G. HALTENHOFF (*Idem, III*, 149, *mars* 1883).

I. — Dufour relate les transplantations conjonctivales qu'il a faites jusqu'ici, 2 avec des lambeaux de conjonctive du lapin et 2 avec de la muqueuse buccale empruntée sur l'opéré même. Sur ces 4 opérations, il compte 3 succès.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 60 ans ayant des adhérences de la paupière supérieure à la conjonctive bulbaire. Transplantation de conjonctive du lapin, mortification du lambeau.

Le deuxième cas concernait un enfant de 11 ans affecté de symblépharon complet de la paupière inférieure avec adhérence à la cornée. Transplantation de muqueuse conjonctivale de lapin suivie de réussite.

Les troisième et quatrième cas de greffe se rapportent au même malade, un homme de 60 ans, ayant un symblépharon et un ankyloblépharon à la suite d'ablation d'un cancroïde. La transplantation de muqueuse buccale faite à deux reprises réussit chaque fois.

D'après l'expérience opératoire de Dufour, il est important de fixer les sutures d'avance au lambeau à transplanter. Seulement, comme il est ensuite difficile de détacher le lambeau par les points de sortie des fils, sans couper ceux-ci, Dufour circonscrit d'abord la surface à transplanter à l'aide d'une incision au couteau de Graefe, laquelle traverse la muqueuse seulement, puis il dissèque le bord du lambeau de façon à soulever un anneau de 1 millimètre de muqueuse tout autour. Il est facile alors de passer les fils en faisant ressortir chaque aiguille dans le sillon déjà tracé par le couteau. Une fois toutes les aiguilles placées, on soulève le faisceau de fils qui attire à lui la muqueuse et en quelques coups de bistouri on a détaché le lambeau. Enfin, pour n'être pas obligé de perdre une minute à se débrouiller dans ce réseau de fils et d'aiguilles, on a un morceau de carton, de la forme et de la grandeur du lambeau à transplanter, sur le bord duquel on fait autant d'entailles qu'il y a de fils, et on y fixe ceux-ci.

II. — Garçon de 5 ans. Deux mois après une brûlure de l'œil droit par une tige de fer rouge, les deux paupières étaient soudées sur une grande étendue de leur portion externe. Au voisinage de l'angle interne, il restait une ouverture palpébrale d'un centimètre à peine dans laquelle apparaissait une partie de la cornée et même parfois de la pupille. Faculté visuelle intacte. Cils détruits avec les bords qui les portaient. Traînées cicatricielles sur les téguments au-dessus et au-dessous du rudiment de fente palpébrale qui ne s'entr'ouvrait que de 3 ou 4 millimètres.

Par une première opération, Haltenhoff chercha à rouvrir la fente palpébrale, en débridant le long du sillon horizontal qui marquait la ligne de soudure. Il constata alors que les lésions étaient plus graves qu'il ne soupçonnait. Toute la portion de muqueuse oculaire comprise entre la tempe et le bord de la cornée était détruite ainsi qu'une portion à peu près équivalente de la conjonctive palpébrale ; le tiers du cul-de-sac inférieur manquait ainsi que les deux cinquièmes du supérieur ; enfin le quart inféro-externe de la cornée adhérait au bord de la paupière supérieure. Comme il fut impossible

de gagner par dissection et glissement une certaine quantité de muqueuse pour revêtir le bord palpébral fraîchement taillé, la soudure se reforma en grande partie.

Quatre mois plus tard, nouvelle opération consistant en plusieurs temps :

1° Débridement de la fente palpébrale jusqu'au delà de l'emplacement de la commissure externe et dissection des surfaces adhérentes du globe de l'œil et des paupières, y compris la bride de symblépharon cornéen qui fut ainsi transformée en un lambeau pédiculé;

2° Utilisation de ce lambeau pour tapisser une partie de la face interne de la paupière supérieure, en le renversant en haut et le suturant dans cette position au moyen d'une suture perforante de Arlt;

3° Dissection sur l'œil d'un jeune lapin de la conjonctive bulbaire et caronculaire, avec la précaution, conseillée par Dufour, de passer les fils (4 de soie phéniquée, 2 de catgut fin) dans les bords du lambeau, avant de le détacher complètement;

4° Le lambeau rectangulaire de conjonctive du lapin, mesurant environ 1 centimètre 1/2 carré est transporté sur la plaie du globe et de l'angle palpébral externe et étalé aussi régulièrement que possible. Cette dernière manœuvre est rendue très difficile tant par l'enroulement et le plissement du lambeau que par l'embrouillement des fils. La greffe fut ensuite suturée avec la conjonctive oculaire à ses limites au-dessus et au-dessous de la cornée, avec le bord de la paupière inférieure et avec la peau de l'angle externe.

Du côté du cul-de-sac supérieur, vu le manque de muqueuse, il fallut se contenter de maintenir la greffe, tant bien que mal étalée, à l'aide d'une suture perforante nouée près du sourcil.

Pansement à l'acide borique à 4 0/0.

L'opération avait duré 2 heures. En enlevant le pansement au bout de 48 heures, on constata que la partie de la greffe qui aurait dû revêtir la sclérotique au-dessous de la plaie du symblépharon cornéen ne contractait pas d'adhérences, tandis que le reste prenait pied.

Le but essentiel de l'opération fut atteint puisque la greffe interposée entre les paupières les empêcha de se ressouder. Par contre, le globe contracta avec la paupière inférieure une nouvelle adhérence sclérocornéenne, qui finit par former un pont épais, charnu sur la cornée, qu'il recouvrait jusqu'au niveau de la pupille.

Aussi, Haltenhoff, six mois après cette deuxième opération, se décida-t-il à en faire une troisième pour faire disparaître ce reste de symblépharon.

L'autoplastie réussit parfaitement. L'opacité vasculaire qui restait sur la cornée s'éclaircit. Les mouvements de l'œil sont libres, bien que les culs-de-sac, formés par ces transplantations successives, se soient de nouveau rétrécis. Neuf mois plus tard, le symblépharon cornéen ne s'était pas reproduit. (*R. S. M.*, I, 367; III, 380; IV, 672; V, 702 et VIII, 705). J. B.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1884.

A

Abcès. — Des abcès froids des parois du thorax par CITERNE. (*Thèse de Paris*, 29 février.) — Quelques cas d'abcès intra-abdominaux, par BRISTOWE. (*Lancet*, 29 septembre 1883.) — Abcès multiples de cause inconnue, mort rapide avec symptômes typhoïdes, par BROCA. (*Progrès méd.*, 16 février.)

Abdomen. — De l'ascite essentielle par TOULZE. (*Thèse de Paris*, 19 janvier.) — Trois cas d'ascites dites essentielles et quelques considérations relatives à cette variété d'ascite, par E. BOULEY. (*France méd.*, 1er septembre 1883.)— Phlegmon sous-aponévrotique et intra-musculaire de la paroi abdominale, par FOUQUE. (*Gaz. des hôpit.*, 3 avril.) — Plaie pénétrante de l'abdomen avec issue de 1m,50 d'intestin, réduction après ponction capillaire, guérison par PITTELOUD. (*Revue de la Suisse romande*, avril.) — Ablasion d'une tumeur fibro kystique de la paroi abdominale simulant un kyste oravique, par WEINLECHNER. (*Wiener med. Blätter*, vol. I.)

Accouchement. — Étude sur les lochies dans l'état normal et les états pathologiques, par EUSTACHE. (In-8°, 136 p., *Paris.*) — Étude de la montée du lait, par CAUVET. (*Thèse de Paris*, 14 février.) — Des déchirures du périnée dans les accouchements, par BARBASTE. (*Thèse de Paris*, 7 février.) — Embolie chez une nouvelle accouchée, par HENROT. (*Union médicale du Nord-Est*, mars.) — Rupture de la matrice pendant l'accouchement, due à une ascite chez le fœtus, par CHEVALLIER PRESTON. (*Lancet*, 7 juillet 1883.) — Cinquante cas de version, par GROSHOLZ. (*Lancet*, 11 août 1883.) — Un cas de dystocie par polype kystique du rectum, par ENGLEDUE PRIDEAUX. (*Lancet*, 15 octobre 1883.) — Contributions à l'étude des causes des présentations vicieuses et des changements de position de l'enfant pendant le travail de l'accouchement, par I. LWOFF. (*Méd. Wiestnik*, nos 14 à 19.) — Dystocie par étroitesse du bassin compliquée de fibromes utérins, par KORNFELD. (*Cent. f. Gynaek.*, n° 36, 1883.) — La perforation du crâne pendant l'accouchement, par FÉNOMÉNOFF. (*Vratch*, n° 1.) — De la pince à os et du cranioclaste, par AUVARD. (*Thèse de Paris*, 14 mars.) — L'électricité au point de vue de l'accouchement prématuré, par DEMBO. (*Rev. de la Soc. de Biol.*, n° 1, 20 janvier 1883.) — Contribution à l'étude des douches d'eau chaude sur le col utérin pour provoquer et faciliter l'accouchement, par A. BENET. (*Th. Montpel.*, n° 5.) — Prophylaxie et thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches. De l'action antiseptique du sulfate de cuivre en obstétrique, par MARRY. (*Thèse de Paris*, 30 janvier.) — Du bichlorure et du biiodure de mercure en obstétrique, par BASTAKI. (*Thèse de Paris*,

23 mai.) — Le sublimé en obstétrique, par Beuve. (*Thèse de Paris*, 24 mai.)

Aérothérapie. — Recherches relatives aux inhalations désinfectantes, et description d'appareils nouveaux, par Hill Hawall. (*Lancet*, 6 octobre 1883.)

Air. — Détermination de l'acide carbonique de l'air, effectuée par la mission du cap Horn, par Muntz et Aubin. (*Acad. des sciences*, 25 février.) — Recherches expérimentales sur l'influence de très hautes pressions sur les organismes vivants, par P. Regnard. (*Acad. des sciences*, 24 mars.)

Albuminurie. — De la peptonurie, par Noury. (*Thèse de Paris*, 5 avril.) — De la nitroglycérine et du chlorure d'or dans le traitement de l'albuminurie, par R. Bartholow (*Boston med. Journ.*, 10 janvier.)

Alcool. — Absorption des vapeurs d'alcool absolu par les poumons, par Gréhant et Quinquaud. (*C. Rendus de la Soc. de Biol.* n° 74, 1883.) — Action des alcools sur l'excitabilité du cerveau, par Couty. (*Rev. de la Soc. de Biologie*, n° 3, 1883.)

Alcoolisme. — Alcoolisme et cirrhose, par Jaladon. (*Thèse de Paris*, 24 mai.) — Un cas de délirium tremens avec entérite aiguë, simulant la fièvre typhoïde, par Dillon. (*Lancet*, 29 septembre 1883.) — Différences entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale progessive, par Wille, Schule et Mendel. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 18 février.) — L'alcoolisme à Saint-Pétersbourg, par Nikolaiéff. (*Vratch*, n° 1.) — De l'alcoolisme en Pologne par Lubelski. (*Ann. méd. psychol.*, janvier.)

Aliénation. — La folie en France, par Legoyt. (*Revue scientifique*, 5 avril.) — De l'instruction des médecins aliénistes, par Clarke. (*Journ. of mental sc.*, janvier.) — Les asiles d'aliénés à l'étranger, par Lion. (*Archiv. psychiatrii i nevrologii*, n° 1.) — Des aliénés criminels, par A. Motet. (*Annales d'hyg. publique*, janvier.) — De la folie et de la puberté, par Ball. (*L'encéphale*, janvier.) — Des germes de la folie chez les enfants, par Lombroso. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juillet 1883.) — Un cas d'aliénation mentale sous l'influence du spiritisme, par I. Pasternotzki. (*Archiv. psichiatrii nevrologii. Charlow*, n° 2.) — Recherches sur la fréquence de certains caractères dégénératifs chez les aliénés, par Passerini. (*Ibid.*, juillet 1883.) — De l'analgésie et de l'anesthésie des aliénés et des criminels, par Pateri et Lombroso. (*Ibid.*, juillet 1883.) — Fréquence de l'ambidextrie chez les fous et les criminels, par Marro et Lombroso. (*Ibid.*, juillet 1883.) — De la folie à la ménopause, par Guimbal. (*Thèse de Paris*, 13 mai.) — Des délires instantanés transitoires, par Motet. (*L'Encéphale*, janvier.) — Pathologie de la manie, par Wiglesworth. (*Journ. of mental science*, janvier.) — Définitions de la folie, par Huggard. (*Journ. of. mental science*, janvier.) — Dipsomanie, par Ant. Ritti. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXIX, 2e part.) — De la dipsomanie, par Magnan. *Progrès médical*, 26 janvier.) — Du rôle des anomalies congénitales des organes génitaux dans le développement de la folie chez l'homme, par Raffegeau. (*Thèse de Paris*, 7 février.) — 8 cas de thrombose des sinus crâniens chez des aliénés, par A. Richter. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 6, p. 87, 11 février.) — Les délirants chroniques et les exagérés, par Magnan. (*Gaz. des hôpit.*, 22 avril.) — De la paralysie générale de l'aliéné, par G. Jelly. (*Boston med. and surg. Journ.*, 6 mars.) — Lésions cérébrales syphilitiques des aliénés, par Mickle. (*Journ. of mental science*, janvier.)

Aliment. — De la valeur nutritive de la poudre de viande « Carne Pura », par Romberg. (*Deustche mil. Zeit.*, 1883, nos 10 et 11). — Obs. pour servir à l'histoire de l'alimentation forcée. Hystérie avec symptôme de phthisie, par Fort. (*Bull. gén. de thér.*, 30 septembre 1883.)

Allaitement. — Des contre-indications et obstacles à l'allaitement maternel par Baranger. (*Thèse de Paris*, 27 février.) — Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France, par Aubert. (In-8°, *Paris.*)

Amputation. — Statistique d'amputations pendant une période de 15 ans, 588 cas, 535 succès, 53 morts, par Spence. (*Med. Times*, 29 mars.) — De la désarticulation interscapulo-thoracique, par Petit. (*Union médicale*, 1er janvier.) — Un cas d'amputation du bras et de l'omoplate pour un sarcome ossifiant, guérison, par C. Heath. (*Med. Times*, p. 301, 1er mars.) — Triple amputation de la jambe, par Gerster. (*Med. News.*, p. 223, 23 février.)

Amygdale. — Obs. d'amygdalite rhumatismale, par de Schweinitz. (*Philad. med. Times*, 27 janvier 1883.) — Abcès de l'amygdale chez une octogénaire, par Solis Cohen. (*Med. News.*, 16 février.) — Un cas de chancre mou de l'amygdale droite, par S. Tomachéwski. (*Méd. Wiéstnik*, 1884, nos 16 et 17.)

Anatomie. — Revue des travaux russes d'anatomie normale, faits sous la direction du prof. Lésgaft dans le cours de 1883, par A. Fortunatoff. (*Méd. Obosrénié*, n° 2.)

Anémie. — Les bruits cardiaques de l'anémie, par Le Gendre. (*Union médicale*, 2 février.) — De quelques particularités peu connues relatives aux bruits anémiques du cou, par Morelli. (*Rev. clin. di Bol.*, fasc., 1.) — Durée des phénomènes réflexes dans l'anémie chez les animaux à sang froid, par Ch. Richet. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, n° 34, 1883.) — De l'anémie idiopathique, ou anémie pernicieuse progressive, et de son traitement par l'arsenic, par Padley. (*Lancet*, 17 novembre 1883.)

Anesthésie. — De l'anesthésie chirurgicale, par Duplouy. (In-8°, *Rochefort.*) — Une méthode d'application locale du chloroforme, par Heusner. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 44, 1883.) — Sur les emplois des mélanges titrés des vapeurs anesthésiques et d'air dans la chloroformisation, par Richet. (*Acad. des sciences*, 28 janvier.) — Contribution à l'étude de l'anesthésie, par le chloroforme, l'éther et le protoxide d'azote, par Neudörfer. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, XVIII, p. 365, p. 459.) — Sur la communication de M. Bert, relative à l'anesthésie chez l'homme, par Gosselin, réponse de P. Bert. (*Acad. des sciences*, 21 janvier.) — L'anesthésie par la méthode des mélanges titrés de vapeur et d'air; son application à l'homme pour les vapeurs de chloroforme, par P. Bert. (*Acad. des sciences*, 14 janvier.) — Sur un procédé d'anesthésie, par Dastre. (*C. rendus de la Soc. de Biol.*, n° 13, 7 avril 1883.) — Procédé pour administrer avec sécurité le bichlorure de méthylène, par Martin Coates. (*Lancet*, 28 juillet 1883.) — Ethérisation par la voie rectale, par Daniel Mollière. (*Gaz. des hôpit.*, 1er avril.) — Disparition des arrêts réflexes du cœur dans l'anesthésie, par le chloroforme et l'éther, syncope respiratoire dans l'anesthésie par le chloroforme et la morphine, par François Franck. (*C. rendus de la Soc. de Biol.*, n° 14, 1883.) — Anesthésies mixtes par la morphine, l'atropine et le chloroforme, par Aubert. (*C. rendus de la Soc. de Biol.*, n° 36, 1883.) — Cas de mort par l'éther, par Keyes. (*Med. News.*, 19 janvier, p. 78.) — Un cas de mort

par le chloroforme pendant une extraction de dents, par FRANCILLON. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, novembre 1883.)

Anévrisme. — De l'influence des augmentations de la pression du sang sur l'élasticité de la paroi vasculaire et de leur rôle dans l'étiologie des anévrismes, par LÉVACHOFF. (*Iégénéd. klin. gazeta*, n° 5.) — Rupture d'un volumineux anévrisme du corps strié droit, avec hémorragie intraventriculaire et abaissement excessif de la température rectale, par CHARLTON BASTIAN. (*Brit. med. Journ.*, p. 875, novembre 1883.) — Anévrisme de l'artère pulmonaire, par WEST. (*Med. Times*, p. 58, 12 janvier.) — Anévrisme pulmonaire, par PEREY KIDD. (*Pathol. Soc.; Med. Times*, 24 mai.) — Anévrisme de Rasmussen, hémiplégie mortelle, par DU CASTEL. (*Société médicale des hôpitaux*, 9 avril.) — Anévrisme de la carotide interne; ligature de la carotide primitive, de la carotide externe et de la thyroïdienne supérieure, par JOHN WZETH. (*New York med. Journal*, 20 octobre 1883.) — Mort subite par rupture d'un anévrisme de la portion intra-péricardique de l'aorte, par COLLINS. (*Lancet*, 25 août 1883.) — Double anévrisme poplité par BARWELL. (*Med. Times*, 26 avril.) — Anévrisme de l'artère fémorale; ligature de l'iliaque externe; retour des battements; opération par excision du sac, par WILLIAM ROSE. (*Lancet*, 22 décembre 1883.) — Obs. d'anévrismes: 1. Anévrisme fémoral dans le canal de Hunter, ligature de la fémorale, déchirure du sac par le malade aliéné, pyémie, mort; 2. Anévrisme de la fémorale, ligature de l'iliaque externe, guérison; 3. Tumeur pulsatile de l'orbite, ligature de la carotide primitive, épilepsie, mort, par ALEXANDER. (*Med. Times*, 23 février.) — Anévrisme de l'artère cubitale, par OWEN. (*Med. Times*, 26 janvier.)

Angine. — Angine de poitrine rhumatismale, par MARTINET. (*Thèse de Paris*, 17 janvier.) — De l'angine de poitrine, par BARTH. (*Union médicale*, 5 février.) — Angine de poitrine suivie de péricardite, par HOOD. (*Clin. Soc.; Med. Times*, 2 février.) — De la nitroglycérine dans l'angine de poitrine, par TRUSEWIEZ, confirme les résultats obtenus par MURRELL. (*Iégénéd. klin. Gazeta*, 11 septembre 1883.) — Un cas d'angine de poitrine traitée par le nitrite de sodium, par COLLIN. (*Lancet*, 24 novembre 1883.)

Angiome. — Angiome primitif de la conjonctive, par RAMPOLDI et STEFANINI. (*Ann. di ottalmol. XIII, fasc.* 1, p. 74.) — Note sur un cas d'angiome caverneux de la lèvre supérieure, par DESGUIN. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, mars.)

Anatomie. — Un cas de transposition complète des viscères, par J. EICHBERG. (*Med. News*, 22 mars.)

Anthropologie. — Méthodes et tendances de l'anthropologie contemporaine, par LACASSAGNE. (*Revue scient.*, 29 mars.) — L'anthropologie et la criminalité, par LOMBROSO. (*Revue scientif.*, 8 mars.)

Anus. — Traitement de la fissure anale, par MASSE. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 16 mars.) — Fistule ossifluente de la marge de l'anus, abcès froid, par TERRILLON. (*Progrès médical*, 19 janvier.) — Cure radicale de l'anus artificiel, par BYRD. (*Med. News*, 12 avril.)

Aorte. — Rupture de l'aorte ascendante, irruption du sang dans le péricarde, par LÉVÊQUE. (*Soc. anat.*, 9 novembre 1883.) — Néphrite sénile, urémie, hémorragie cérébrale, rupture de l'aorte et anévrisme disséquant de l'aorte et de l'artère pulmonaire, par JACQUET. (*Soc. anat.*, 29 juin 1883.) — Ané-

vrisme de l'aorte en arrière d'une valvule sigmoïde, par DURAND FARDEL. (*Soc. anat.*, 19 octobre 1883.)

Artère. — De l'artérite oblitérante, par PEARCE GOULD; *id.*, par HADDEN. (*Med. Times*, p. 229, 16 février.) — Sur l'origine du second bruit de la carotide, par BETTELHEIM. (*Zeit. f. klin. Med. Bd. VI*, p. 504.) — Ulcération de la carotide externe après ligature, par SAPELIER. (*Soc. anat.*, juillet 1883.) — Plaie de la carotide externe par un coup de poignard dans la région parotidienne, hémorragies secondaires, ligature temporaire de la carotide primitive avec ligature de la carotide externe dans la plaie, par RIVINGTON. (*Clin. Soc.; Med. Times*, 2 février.)

Articulation. — De l'identité de l'arthrite puerpérale et d'une certaine forme d'arthrite blennorragique, par PATENOSTRE. (*Thèse de Paris*, 19 janvier.) — De l'arthrite déformante et du rhumatisme chronique, par W. WALDMANN. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 238.) — Note sur une observation d'œdèmes éphémères de nature arthritique, par CHAUVET. (*Société méd. des hôpitaux*, 20 février.) — Des troubles nerveux dans les entorses et en particulier des atrophies et des paralysies musculaires, par ANSELMY. (*Thèse de Paris*, 14 février.) — Une forme d'entorse du genou, due au jeu du lawn-tennis, par MANSELL MOULLIN. (*Lancet*, 4 août 1883.) — De la guérison rapide et immédiate de l'entorse du pied par le massage, par SPECKHAHN. (*Thèse de Paris*, 6 mars.) — Corps étranger du genou; extraction; guérison, par ROYER BELL. (*Lancet*, 15 septembre 1883.) — Des corps mobiles articulaires et de leur traitement, par HERLAND. (*Thèse de Paris*, 8 mai.) —Sur un cas de ganglion articulaire du genou, par NICAISE. (*Rev. de chir.*, juin 1883.) — Du traitement de l'hémarthrose du genou par la ponction, par BOSSET. (*Thèse de Paris*, 29 janvier.) — De la ponction et de l'incision dans l'hydarthrose chronique, par CARBON. (*Thèse de Paris*, 26 avril.) — Observation de contracture réflexe, suite de traumatisme articulaire, par M. COLLIN. (*Archiv. de méd. mil.*, II, p. 431.) — De l'arthrotomie antiseptique, par NICOLAS. (In-4°, 163 p., *Nancy*.) — Résection ilio-fémorale à la suite d'une coxalgie. Restitution ad integrum, par M. BIONDI. D. (*Il Morgagni*, juin 1883.) — Section sous-cutanée des ligaments croisés pour la guérison de l'ankylose du genou, par TIFFANY. (*Med. News*, 2 février.) — Attelle pour le traitement de la synovite du poignet, par BARTON. (*Trans. of the americ. surg. assoc.*, I, p. 503.)

Asthme. — De l'asthme permanent, par SAGRANDI. (*Thèse de Paris*, 5 juin.)

Auscultation. — Sur le frémissement pectoral ou vocal, par MARIANINI. (*Rev. clin. di Bol.*, *fasc.* 12, 1883.)

B

Bain. — De l'action des bains chauds sur la circulation du sang; par KAZAOUROFF. (*Vratch*, n° 1.)

Bassin. — Instrument pour mesurer directement le diamètre conjugué vrai, par KURZ. (*Cent. f. Gynaek.*, n° 32, 1883.) — *Idem* par KABIERSKI. (*Ibid.*, n° 28, 1883.) — Un deuxième cas de spondylolisthresis à l'avant-dernière vertèbre lombaire, par NEUGEBAUER. (*Arch. f. Gynaek.*, XXI, *Heft* 2) — Présentation de deux cas de bassins spondylolisthétiques dont l'un chez

l'homme, par NEUGEBAUER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 2, p. 27, 14 janvier.) — Les aponévroses du détroit inférieur du bassin, par Max FLESCH. *Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte* n° 81, 15 février.)

Bec de lièvre. — Bec de lièvre avec fissure palatine de forme anormale, par MEYLARD. (*Lancet*, 24 novembre 1883.) — Série de becs de lièvre opérés à la clinique chirurgicale de GŒTTINGUE, d'octobre 1875 à juillet 1882, par C. STOBWASSER. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, XIX, p. 11.)

Biliaires (Voies). — Méthode de diagnostic des calculs biliaires enchatonnés (ponction avec un trocart explorateur), par G. HARLEY. (*Royal soc.; Med. Times*, 17 mai.) — Abcès biliaires dans la cirrhose sans cholélithiase, par SABOURIN. (*Progrès médical*, 12 janvier.) — Deux cas de fistule biliaire, par CIATTAGLIA. (*Arch. ed Atti della Soc. Ital. di Chir.* 4, p. 157.) — De la fièvre bilieuse mélanurique observée à Mayotte, par VANDEIN. (*Thèse de Paris*, 8 mai.)

Blennorragie. — De l'endométrite dans la blennorragie, par ARNAUD. (*Thèse de Paris*, 6 mars.) — Des manifestations cutanées de la blennorragie, par ANDRET. (*Thèse de Paris*, 10 mars.) — Des ulcérations du col de l'utérus d'origine blennorragique, de leur traitement par les cautérisations à l'acide nitrique fumant et la poudre de sous-nitrate de bismuth, par BOUREAU. (*Journ. de méd. de Paris*, mars.) — Traitement local anti-parasitaire de la blennorragie uréthrale, par P. DIDAY (Inject. de sublimé au 1/10,000. (*Lyon méd.*, 2 mars.) — De la blennorrhée traitée par les eaux sulfureuses de Bagnères de Luchon, par DOIT. (*Thèse de Paris*, 29 mai.) — Traitement local anti-parasitaire de la blennorragie uréthrale, par DIDAY. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 16 mars.)

Bouche. — De l'épithelioma du plancher de la bouche, par FAURE. (*Thèse de Paris*, 6 juin.)

Brûlure. — Brûlure étendue datant de six ans, guérie par le massage et les greffes, par WILSON. (*Med. News*, 1er mars.) — Des effets des brûlures étendues sur le système animal, recherches expérimentales, par VROIANOFF. (*St. Petersburg, Inaug. Dissert.* 1882, *et London med. Record*, 15 janvier.)

C

Cancer. — Recherches sur les causes de l'accroissement du cancer dans les îles Britanniques, par JESSETT. (*Med. Times*, p. 575, 26 avril.) — Epithélioma développé sur une ancienne cicatrice, par HUMBERT. (*Gaz. des hôp.*, 8 janv.)

Césarienne (Op.) — Résultats cliniques éloignés des opérations césarienne et de Porro, par DAUCOURT. (*Thèse de Paris*, 14 mars.) — L'opération césarienne est-elle indiquée dans les présentations de l'épaule quand le bassin n'est pas rétréci et que la version est impossible? par ZAILER. (*Wien. med. Presse*, n° 1, 1883.) — De l'opération de Porro (tableaux statistiques), par CLEMENT GODSON. (*Brit. med. Journ.*, p. 142, janv.)

Cerveau. — Note sur l'anatomie de texture du corps strié, par MARCHI. (*Giorn della R. Accad. di med. di Torino*, septembre 1883.) — Sur la ques-

tion des limites des variations individuelles et ethniques des sillons et des circonvolutions typiques du cerveau, par ZERNOFF. (*Moscou.*) — De l'écorce cérébrale, par AMBROISE RANNEY. (*New York med. Journ.*, 22 sept. 1883 et suiv.) — Etude du centre moteur cortical du membre inférieur, par PRÉVOST. (*Thèse de Paris*, 25 avril.) — Le dualisme cérébral, par BALL. (*Rev. scientif.*, 12 janv.) — Contribution à l'étude des localisations cérébrales, par SEYMOUR, J. SHARKEY. (*Lancet*, 29 septembre 1883.) — Recherches expérimentales sur les atrophies de l'écorce cérébrale, par MONAKOW. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 18 février.) — Sur l'inhibition soudaine des activités et des fonctions de l'encéphale, par BROWN-SÉQUARD. (*C. Rendus de la Soc. de Biol.*, n° 5, 1883.) — Expériences sur le cerveau des oiseaux, par CH. RICHET. (*Ibid.*, n° 7, 3 mars 1883.) — Expériences d'inhibition sur la grenouille et sur 85 faits relatifs à l'inhibition, par RICHET (CH.). (*Ibid.*, n° 26, 1883.) — Influence de l'alcool éthylique à haute dose sur les fonctions motrices du cerveau, par DANILLO. (*Ibid.*, n° 9, 17 mars 1883.) — De l'influence des lésions du cerveau sur la température, par Ch. RICHET. (*Acad. des sciences*, 31 mars.) — Sur l'excitabilité électrique des circonvolutions cérébrales, par CROSNIER DE VARIGNY. (*Thèse de Paris*, 2 avril.) — Recherches expérimentales et cliniques sur le mode de production de l'anesthésie dans les affections organiques de l'encéphale, par BROWN-SÉQUARD. (*Soc. de Biol.*) n° 24, 1883.) — Des localisations cérébrales dans leurs rapports avec la médecine psychologique, par BEVAN LEWIS. (*Brit. med. Journ.*, p. 624, septembre 1883.) — Etude clinique et expérimentale de la vision mentale, par CROUIGNEAU. (*Thèse de Paris*, 18 janv.) — Sur les désordres nerveux cérébraux, spéciaux aux femmes, par THOMAS MORE MADDEN. (*Brit. med. journ.*, p. 816, oct. 1883.) — Contribution à l'étude de l'hémichorée symptomatique dans les lésions cérébrales, par MABBOUX. (*Revue de médecine*, 10 déc. 1883.) — Quatre observations de ramollissement de la protubérance et du pédoncule cérébral, par BRISTOWE. (*Lancet*, 7 juillet 1883.) — Hémorragie cérébrale chez un garçon de seize ans, par WALTER. (*Lancet*, 22 décembre 1883.) — Sclérose en plaques cérébro-spinale à forme anomale, par CHARLTON BASTIAN. (*Lancet*, 20 octobre 1883.) — Un cas de ramollissement cérébral. Observation clinique et anatomique, par V. CAMMARERI (*Il Morgagni*, juin 1883.) — Des différentes formes de l'aphasie, aphasie motrice, par CHARCOT. (*Progrès médical*, 3 décembre 1883.) — Un cas de perte de la vision mentale chez un mélancolique anxieux, par COTARD. (*Progrès médical*, 12 janvier.) — Recherches psychologiques sur l'aphasie, par LUDÉE. (*C. Rendus de la Soc. de Biol.*, n° 25, 7 juillet 1883.) — Aphasie, Surdité des mots ou surdité psychique, par MAGNAN. (*Ibid.*, n° 8, 1883.) — Thrombose du sinus longitudinal supérieur. Symptômes d'hémiplégie, par DIGNAT. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 fév.) — Tuberculose de l'encéphale, par AYROLLES. (*Soc. anat.* 1er juin 1883.) — Gliome du pont de Varole, paralysie de la 6e et 7e paires droites, hémiplégie, par ASHBY. (*Med. Times*, 26 janv.) — Deux cas de tumeurs cérébrales avec névrite optique et paralysies oculaires, par STEDMAN BULL. (*New York med. journ.*, 11 août 1883.) — Sur un cas de tumeur tuberculeuse de la protubérance, par NOTHNAGEL. (*Med. Times*, 24 mars.) — Tumeur sarcomateuse, occupant les deux couches optiques, par RICHARDIÈRE. (*Soc. anat.*, 9 nov. 1883.) — Observation de porencéphalie, autopsie, par MORRISON. (*Pathol. soc. Med. Times*, 22 mars.) — Rupture spontanée d'une hydrocéphalie, par A. R. MANBY. (*Med. Times*, 26 avril.) — Aphasie consécutive à une blessure de la tête sans plaie du cuir chevelu, guérison par SANDS. (*Med. News*, 15 mars, p. 313.) — Plaie du cerveau par arme à feu, balle restée dans la substance cérébrale ; guérison, par EMX BORVEN. (*Lancet*, 1er décembre 1883.)

Champignon. — Les champignons, considérés dans leurs rapports avec la médecine, l'hygiène publique, par GAUTHIER. (In° 8, 580 p., *Paris.*)

Charbon. — Du chauffage des grandes cultures de bacilles de sang de rate, par CHAUVEAU. (*Acad. des sciences*, 21 janv.) — De la préparation en grandes masses des cultures atténuées par le chauffage rapide pour l'inoculation préventive du sang de rate, par CHAUVEAU. (*Acad. des sciences*, 14 janv.)

Chimie. — Histoire chimique de l'aldol, par Wurtz. (*Rev. scientifique*, 15 mars.)

Chlorose. — De la chlorose, par S.-P. BOTKINE. (*Jégénéd. klin. Gazeta*, n° 5.)

Choléra. — Histoire du choléra depuis la période la plus reculée jusqu'à 1817, par J. MACPHERSON. (In-8°, *Londres.*) — Notes sur une épidémie de choléra à Rotrec et à Hyderabad (Inde anglaise), par JOHN ROCHE. (*Lancet*, 28 juillet 1883.) — Exposé des recherches sur le choléra en Egypte, par STRAUSS, ROUX, THUILLIER et NOCARD. (*C. rendus de la soc. de Biol.*, n° 33, 1883.) — Sur l'immunité pour le choléra des ouvriers qui travaillent le mercure, par P. BERT. (*C. rendus de la soc. de Biol.*, n° 29, 1883.) — Des injections sous-cutanées dans le choléra, par SAMUEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, 1883.) — Traitement du choléra par les injections sous-cutanées, par MICHEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39, 1883.)

Chorée. — Des manifestations cutanées de la chorée chez les enfants, par OLLIVIER. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, avril.) — De la chorée pendant la grossesse, par HERVÉ. (*Thèse de Paris*, 10 mai.)

Circulation. — Du mécanisme qui règle la pression artérielle dans l'état de santé et de maladie, par CH. ROY. (*Med. Times*, p. 137, 26 janv.)

Climat. — San Remo, séjour pour la cure des phtisiques, par GOLTZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, 1883.)

Cœur. — La ligne du cœur, par LUTON. (*Union médicale du Nord-Est*, mars.) — Relations du choc cardiaque et de la ligne mamillaire, par EULAU. (*D. Arch. klin. med.*, XXXIV, *heft* 3.)—Malformations du cœur et cyanose, par D. NEWMAN. *Glasg. med. journ.*, p. 81.) — Revue critique des théories sur les mouvements et les bruits du cœur, par LUDÉE. (*C. R. de la soc. de Biol.*, n° 35, 1883.) — Persistance des battements du cœur chez un fœtus, après la destruction du bulbe, par BUDIN. (*C. rendus de la soc. de Biol.*, n° 19, 1883. — Diagnostic des bruits organiques du cœur, par DUROZIEZ. (*Union médicale*, 28 oct. 1883.) — De l'influence des oreillettes sur la production des bruits et des souffles cardiaques, par J. JOHNSON (*Med. Times*, 5 janv.) — Sur l'hémisystolie cardiaque, par MACHKOWSKI (*Jégénéd. klin. Gazeta*, 1803, n°s 23 et 24.) — Leçons sur le pronostic des maladies du cœur, par BROADBENT. (*Brit. med. Journ.*, p. 139, janv.) — Rétrécissement sous-aortique avec insuffisance aortique et mitrale; mort subite par DUFLOCQ. (*Soc. anat.*, 29 juin 1883.)— Athérome aortique et mitral, asystolie, mort par DURAND-FARDEL. (*Soc. anat.*, 19 oct. 1883.)—Des lésions congénitales de l'artère pulmonaire et de la cloison interventriculaire, par JOURDIN. (*Thèse de Paris*, 14 mars.) — Rétrécissementde l'artère pulmonaire, par FLINT. (*Med. News*, p. 287, 8 mars.) — Lésions congénitales et acquises du cœur, rétrécissement congénital des orifices artériels, persistance du trou de Botal, lésions mitrales, pas de cyanose, par RENAULT. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mars.) — Rétrécissement de l'artère pulmonaire. Communication interventriculaire. Tuberculisation pulmonaire. Mort, par ROBERT MOUTARD MARTIN.

(*Union médicale*, 11 novembre 1883.) — Un cas d'endocardite ulcéreuse, par W. Frichman. (*Med. Wiéstnik*, n° 18.) — Rétrécissement non congénital de l'artère pulmonaire. Endartérite végétante, par Rendu. (*Union médicale*, 12, 17 février.) — Du souffle sibilant au deuxième temps dans l'insuffisance aortique, par Duroziez. (*Union médicale*, 6 janvier.) — Du rétrécissement très étroit de la tricuspide, par Duroziez. (*Union médicale*, 23, 25 décembre 1883.) — Du rétrécissement mitral par Hardy. (*Gaz. méd. de Paris*, 22 mars.) — Du rétrécissement mitral, par Landouzy. (*Gaz. des hôpit.*, 8 janv.) — Endocardite rhumatismale, chronique, limitée à la valvule mitrale, par Cognard. (*Bulletin médical du Nord*, février.) — Anévrisme du cœur, foyer de ramollissement embolique de la protubérance, par Jacquet (*Soc. anat.*, 1er juin 1883.) — Sur les perforations de la cloison interventriculaire dans l'endocardite ulcéreuse, par Fournier, (*Thèse de Paris*, 14 fév.) — Deux cas d'endocardite dans le cours du mal de Bright, par Hunt. (*Lancet*, 4 août 1883.) — Etude clinique des hémoptysies cardiaques, par Laflou. (*Thèse de Montpellier*, n° 6.) — Endocardite blennorragique, par Dérignac et Moussous. (*Gaz. méd. de Paris*, 16 fév.) — Du délire dans les maladies du cœur, par Laurent. (*Thèse de Lyon*, 16 fév.) — Les maladies de cœur à Berlin et à Munich, par Beetz. (*Deutsche med. Woch.*, n° 49, 1883.) — Cachexie cancéreuse; endocardite végétante, embolie cérébrale, par Lebreton. (*Soc. anat.*, 12 oct. 1883.) — Encéphaloïde du cœur et du creux poplité, généralisation dans les viscères, par Brinon. (*Soc. anat.*, 2 nov. 1883.) — Importance des iodures alcalins dans le traitement de l'endocardite valvulaire rhumatismale, par Andrea. (*Rivista clin. e ter.*, mai 1883.)

Conjonctive. — Conjonctivite grave par suite de projection de Whiski dans les yeux par Brown. (*Opht. soc. Med. Times*, 22 mars, p. 401.) — Des rapports de la nécrose épithéliale de la conjonctive avec l'hypersécrétion des glandes de Meibomius, par Raymond. (*Giorn della R. Accad. di med. di Torino*, juillet 1883.) — Observation de conjonctivite sympathique, par Brailey. (*Opht. soc. med. Times*, 19 janv.) — Observation du kyste dermoïde de la conjonctive bulbaire, par Burchardt. (*Centralb. f. prakt. Augenheilk.*, mars.)

Cornée. — Sur la réfraction et la correction des cornées coniques et ectatiques, par Angelucci. (*Ann. di Ottalmol.*, XXIII, fasc. 1, p. 35.) — De la kératite interstitielle et de son traitement, par Leleu. (*Thèse de Paris*, 2 avril.) — Traitement des ulcères douloureux de la cornée par la chaleur et l'ésérine, par Charles Higgens. (*Brit. med. Journ.*, p. 865, 1883.) — Traitement des cicatrices cystoïdes, par Story. (*Opht. soc.*; *Med. Times*, 19 janv.) — Traitement chirurgical de la kératite interstitielle, par Dehenne. (*Union médicale*, 9 déc. 1883.) — Iridorhexie dans un cas de symétrie antérieure et de staphylome totale de la cornée, par P. Skworzoff. (*Med. Wiestnik.*, 1884, n° 15.)

Corps étranger. — Tube en caoutchouc rouge ayant séjourné 9 mois, dans un ganglion axillaire où il s'était enkysté, par Monnier. (*Soc. anat.*, juillet 1883.) — Corps étranger de la vessie (étui de cure-dent) extrait avec le redresseur de Colin, guérison, par Bazy. (*Annales des mal. génito-urinaires*, avril.)

Crâne. — Fracture du crâne par choc direct; paralysie partielle d'une jambe; guérison, par Logan. (*Lancet*, 29 septembre 1883.) — Fracture comminutive du crâne, avec enfoncement, guérison, par Saunders. (*Lancet*,

21 juillet 1883.) — Un cas grave de fracture comminutive des os du crâne, guérison, par Moskins. (*Lancet*, 21 juillet 1883.) — Note sur un cas de fracture du crâne, par Chapuis et Bodinier. (*Arch. de méd. mil.*, t. II, p. 65.) — Deux cas de tumeurs sarcomateuses de la base du crâne, par Hardie. (*Lancet*, 24 novembre 1883.)

Crétinisme. — Etudes sur le crétinisme, par Taruffi (*Annali univers. di med. chir.*, décembre 1883.) — Crétinisme sporadique, par Bowlby. (*Med. Times*, p. 193, 6 février.)

Cristallin. — De la production de l'épithélium de la cristalloïde antérieure chez les animaux adultes dans l'état normal et pathologique, par Falchi. (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, juillet 1883.) — Compte rendu sur cent extractions de cataracte, par Katzaouroff. (*Wiestnik ophtalmologuii*, janvier-février.) — Résorption spontanée d'un cristallin cataracté, par Szili. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk*, janv.) — Des traumatismes du cristallin au point de vue médico-judiciaire, par Penet. (*Thèse de Lyon*, 19 janv.) — Rupture de la zone de Zinn avec luxation du cristallin dans la chambre antérieure, par Marsh. (*Med. News*, p. 10, 5 janv.) — De l'iridectomie dans l'opération de la cataracte sénile, ses indications, par Mengin. (*Rec. d'opht.*, n° 2, p. 103.) — Des méthodes pour accélérer la maturation de la cataracte, par Gallenga. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, août 1883.) — Des opérations modernes pour la cataracte, par B. Carter. (*Med. Times*, 12 janv.) — De la médication antiseptique dans les opérations de cataracte, par Secondi. (*Ann. di Ottalm.*, XII.)

D

Dent. — Des rapports qui existent, entre les lésions des dents et les maladies des yeux, par Power. (*Med. Times*, 5 janvier.) — Spasmes des muscles de la face et cataracte causés par une irritation dentaire, par Sewill. (*Harveian Soc.; Med. Times*, 5 avril.) — Des principales complications des affections dentaires en général, par A. Combe. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 mars.)

Diabète.—La doctrine de l'acétonémie à propos d'un cas de coma diabétique, par Cornillon et Mallat. (*Progrès médical*, 15-22 décembre 1883.) — Altérations histologiques de divers tissus dans le diabète, par Cantani et Ferraro. (*Il Morgagni*, avril 1883.) — Accidents cérébraux dans le diabète, par Legrand du Saulle. (*Gaz. des hôpit.*, 12 février.) — Un cas de diabète reconnu trente heures seulement avant la mort, par Whitte. (*Lancet*, 1er septembre 1883.) — Un cas de diabète insipide, par W. Néstéroff. (*Méd. Obosrénié*, n° 4.) — Résultats thérapeutiques comparés dans un cas de diabète sucré, par Rummo. (*Rivista clin. e terap.*, avril 1882.) — De l'ergotine dans le diabète sucré, par Ruyssen. (*Thèse de Paris*, 20 mars.) — De la pepsine et des peptones dans le traitement de diabète, par de Giovanni. (*Gaz. med. Ital. Prov. Venete*, 12 janvier.)

Digestion. — La digestion intracellulaire chez les invertébrés, par Métchnikoff. (*Rousskaia médicina*, n° 3.) — Digestion par G. Carlet. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1re série, t. XXIX, 1re et 2e partie.)

Diphtérie. — Diphtérie par A. Sanné. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re série,

t. XXIX, 2e partie.) — De la diphtérie secondaire à la coqueluche, par VAQUER. (*Thèse de Paris*, 3 janvier.) — Sept cas de guérison du croup laryngien par l'application de neige sur le cou, par M. FIORE (*Il Morgagni* juin 1883.) — Diphtérie grave. Croup. Trachéotomie. Pulvérisations phéniquées, projections d'acide borique dans la trachée. Guérison, par DESGUIN. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, novembre 1883.) — L'acide phénique dans la diphtérie, par PICCOLI (GIOVANI). (*Il Morgagni*, avril 1883.) — Traitement de la diphtérie par les fumigations d'eucalyptus, par MURRAY-GIBBES. (*Lancet*, 1er septembre 1883.) — Etiologie et traitement de la diphtérie, par A. CARPENTER. (*Lancet*, 15 septembre 1883.) — Mort subite pendant une irrigation d'eau phéniquée dans la gorge dans le cours d'une angine diphtéritique, par CHANTEMESSE. (*France méd.*, 2 octobre 1883.)

Dysenterie. — Des manifestations rhumatoïdes de la dysenterie, par ANDRADE FIALHO. (*Thèse de Paris*, 8 mai.)

E

Eau. — Recherches des nitrates au microscope; examen microscopique des eaux de fontaine, par MAGGI. (*Boll. scient. da Pavia*, V, n° 3.) — Sur la nature des dépôts observés dans l'eau d'un puits contaminé, par GAUTRELET. (*Acad. des sciences*, 21 janv.)

Eaux minérales. — De l'emploi des eaux minérales françaises chez les enfants, par J. SIMON. (*Progrès médical*, 20 octobre 1883.) — De l'augmentation de la capacité respiratoire vitale par le traitement aux eaux du Mont-Dore, par NICOLAS. (In-8°, Paris.) — De l'état de l'arsenic dans les eaux minérales, par LEFORT. (*Journ. de pharmacie*, février.) — Uriage et ses eaux minérales, par A. DOYON. (1 vol. 435 p., Paris, 2e édit.) — Des modifications de l'élimination de l'urée sous l'influence de l'eau de Schwalbach prise à l'intérieur, par GEUTH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 27, 1883.)

Éclampsie. — Manuel de l'éclampsie, par E. MICHENER. (In-16, Philadelphie, 1883.) — Matériaux pour servir à l'histoire des éclampsies puerpérales, par CHAMBERT. (*Thèse de Paris*, 23 mai.) — Éclampsie puerpérale traitée par la pilocarpine, par MARÉCHAL. (*Med. news*, 26 avril.)

Eczéma. — Du traitement de l'eczéma des mains, par VAN HARLINGEN. (*Philad. med. Times*, 14 juillet 1883.)

Electricité. — Traité élémentaire et pratique d'électricité médicale, par G. BARDET. (In-8°, Paris.) — Traité d'électricité, par GARIEL. (In-8°, 1er vol. Paris.) — De l'électricité en médecine, par BOUDET DE PARIS. (*Bull. gén. de thérap.*, avril.) — Sur le choix de batteries électriques, par POORE. (*Med. Times*, 26 avril.) — Sur la variabilité de la résistance du corps humain au passage des courants électriques, par KILNER. (*Lancet*, 15 septembre 1883.) — De la réaction des muscles dégénérés en face de l'électricité statique, par JOLLY. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 18 février.) — Étude de la faradisation générale, par GATCHKOWSKI (*Rousskaïa medicina*, n° 2.) — Mouvements localisés produits par le passage des courants faradiques à travers le crâne, chez le chien, par ORCHANSKY. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 44, 13 janv. 1883.) — Nouvel éclairage électrique des cavités naturelles, par BARATOUX. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 31, 1883.) — Le galvanomètre

portatif d'Edelmann modifié par Stintzing, par Bernhardt. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 4 février.) — Le galvanomètre-étalon d'Edelmann, par Remak. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 1, p. 13, 7 janv.) — Palpitations cardiaques par parésie du pneumogastrique; traitement par les courants galvaniques, par de Renzi et Rummo. (*Rivista clin. e terap.*, mars 1882.) — De la valeur de l'électricité dans quelques maladies de la peau, par Betton Massey. (*Med. news*, 5 janv.) — De l'emploi des courants induits pendant l'accouchement, par Kilner. (*Obst. Soc.; Med. Times*, 26 avril.)

Éléphantiasis. — Éléphantiasis, ligature de l'artère fémorale, par Stimson. (*Med. news*, 3 mai, p. 517.) — Du traitement de l'éléphantiasis des Arabes par l'électricité, par Moncorvo et Silva Aranjo. (*Acad. des sciences*, 25 fév.) — Note pour servir à l'histoire du pseudo-éléphantiasis strumeux, par Mathieu. (*Progrès médical*, 1er déc. 1883.)

Empoisonnement. — De l'amblyopie toxique, par Panas. (*Union médicale*, 17 avril.) — Empoisonnement passager après instillation de quelques gouttes d'atropine dans un conduit auditif sain, par Knapp. (*Zeitschrift für Ohr.*, XI, 4, p. 293.) — Empoisonnement volontaire par le laudanum; efficacité des injections sous-cutanées de sulfate d'atropine, puis d'éther; guérison, par Ory. (*France méd.*, 8 déc. 1883.) — La morphinomanie, par Ball. (*Revue scientifique*, 12 avril.) — De la morphinomanie, par Zambaco. (*L'Encéphale*, 1882.) — Du traitement de l'empoisonnement chronique par la morphine, par Burkart. (*Samml. Klin. Vorträge*, n° 237.) — Etat léthargique consécutif à l'usage du bromure de potassium pris par une morphinomane pour se guérir (4 onces de bromure en une semaine; léthargie pendant 18 jours, par Cutler. (*Boston med. and surg. journ.* 13 mars.) — De l'intoxication par le tabac, par J. Hutchinson. (*Med. Times*, 12 janv.) — Les symptômes cliniques de l'empoisonnement par la duboisine chez les enfants, par W. Jacoubowitch. (*Méd. Wiestnick*, nos 1 et 2.) — Empoisonnement par le chloral, par P. Rossi. (*Gaz. degli Ospit.*, 10 oct.) — Note sur dix cas d'empoisonnement par les conserves de bœuf bouilli, par Deviz. (*Arch. de méd. mil.*, t. II, p. 97.) — Empoisonnement par l'alcool, par Broadbent. (*Med. Times*, p. 232, 11 fév.) — Deux cas d'empoisonnement par le gaz d'éclairage traités avec succès par les inhalations d'oxygène, par Alonzo Clark. (*New York med. Journal*, 11 août 1883.) — Empoisonnement par l'acide phénique chez un enfant ; guérison, par Oliver. (*Med. Times*, 1er mars.) — Sur un cas d'empoisonnement par l'acide phénique traité par les inhalations d'oxygène, par de la Bate. (*Bull. gén. de thér.*, 15 nov. 1883.) — Suicide par ingestion d'acide chlorhydrique, par Taylor. (*Lancet*, 8 décembre 1883.) — De l'hydrargyrie, par Dupré. (*Thèse de Paris*, 11 janv.) — Empoisonnement par le chlorate de potasse, par Fowler. (*Med. news*, p. 161, 9 fév.) — Empoisonnement par le cyanure d'or, par Mendoza Lopez. (*Bol. de ciencias med.*, 15 nov. 1883.) — Empoisonnement par le sulfate de fer, par Hall. (*New York med. Journal*, 13 octobre 1883.) — Empoisonnement par le bichromate de potasse, par Orr Macniven. (*Lancet*, 22 septembre 1883.) — Examen chimique de 4 cas d'empoisonnement par l'arsenic, par Brown et Dariès. (*Med. Times*, 5 avril.) — Rapport toxicologique sur un cas d'empoisonnement par l'arsenic pris pour du choléra, par John J. Reese. (*Medico legal Journal*, mars, p. 500.)

Enfant. — De certains accidents de croissance, des ostéo-myélites, fièvres de croissance, par Mlle Agnès Lowry (*Thèse de Paris*, 12 avril.) — Diagnostic de la période initiale des fièvres chez les enfants, par N. Filatoff. (*Méd. Obosrénié*, nos 1 et 5.) — De la congestion cérébrale chez les enfants,

de son importance au point de vue du développement de la sclérose, de la méningite, de l'épilepsie et des affections mentales, par J. Simon. (*Progrès médical*, 23 février.) — De la diarrhée chez les enfants, par Lees. (*Med. Times*, p. 612, 3 mai.) — Écume bronchique consécutive aux bronchites des enfants à la mamelle, par Bompaire. (*Gaz. hebd. Montpel.*, n° 5.) — Pneumonie catarrhale des nouveau-nés et des enfants, par Blackwell. (*Philad. med. Times*, 22 sept. 1883.) — Accidents cérébraux au début de la pneumonie chez les enfants, par Saubort. (*Thèse de Paris*, 4 mars.) — De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants, par Lacour. (*Thèse de Paris*, 6 fév.) — Leucocythémie chez un enfant de 4 ans, par Dauchez. (*Soc. anat.*, 9 nov. 1883.) — Hémorragie cérébrale chez un enfant de 15 ans, par Charlton Bastian. (*Lancet*, 3 novembre 1883.) — Aphasie avec hémiparésie droite chez un enfant de 12 ans, par Mallins. (*Lancet*, 24 novembre 1883.) — De la sclérose cérébrale chez les enfants, par J. Simon. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, janv.) — Forme de contracture infantile intéressant particulièrement les adducteurs de la cuisse, par Seinard. (*Thèse de Paris*, 12 janv.) — Des convulsions de l'enfance étudiées spécialement au point de vue de l'hérédité, par de Montgolfier, (*Thèse de Lyon*, 17 déc. 1883.) — Diagnostic différentiel de l'épilepsie chez l'enfant et chez l'adulte, par D. Hudson. (*The Æsculapian*, fév.) — Nouvelle forme de purpura hémorragique chez les enfants pendant la lactation, par Somma. (*Arch. di patt. infantile*, 1883.) — Chirurgie des enfants, leçons cliniques, par de Saint-Germain. (In-8°, 800 pages, Paris.) — Leçon sur les traumatismes du coude chez les enfants, par J. Hutchinson. (*Med. Times*, 5 janv.) — Abcès péritonéaux chez les enfants, par Goodhart. (*Lancet*, 20 octobre 1883.) — Myome de la prostate chez un enfant de 13 mois, par Mudd. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, nov. 1883.) — Sarcome médullaire du crâne chez un enfant, par Jessett. (*Med. Times*, p. 58, 12 janv.)

Épilepsie. — Étude sur l'épilepsie pleurétique, par Ropert. (*Thèse de Paris*, 5 janv.) — De l'épilepsie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, bromuration pendant la grossesse, par Béraud. (*Thèse de Paris*, 1er mars). — Un cas d'épilepsie; considérations médico-légales sur l'automatisme des épileptiques, par Robertson. (*Lancet*, 22 septembre 1883.) — Exemple d'uniformité de délire épileptique chez le même malade, par Franz Fischer. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 28 janvier.) — De l'usage de l'acide bromhydrique dans l'épilepsie, par Wood. (*Med. news*, 23 fév.) — Du nitrite de sodium dans le traitement de l'épilepsie, par Barnes. (*Lancet*, 1er décembre 1883.)

Érysipèle. — Note sur les altérations du sang dans l'érysipèle, par Whitney. (*Philad. med. Times*, 10 mars 1883.)

Érythème. — Distribution locale et étiologie de l'érythème noueux, par H. Handford. (*Med. Times*, 3 mai.) — Les érythèmes noueux et papuleux, par Le Gendre. (*Union médicale*, 27 octobre 1883.) — Érythème symétrique des mains consécutif à l'application de teinture d'iode sur l'une d'elles, par Locquin. (*Gaz. méd. de Paris*, 22 mars.) — Éruption par le bromure de potassium, par Tay. (*Pathol. soc.; Med. Times*, 24 mai.)

Estomac. — La durée de la digestion dans l'estomac comme moyen diagnostique, surtout dans la « dyspepsie nerveuse » de Leube. Étude critique de D. Godzaievski. (*Méd. Obosrénié*, n° 6). — Influence du chlorhydrate de pilocarpine sur la sécrétion du suc gastrique chez les chiens, par Santangelo La Seta. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torrino*, septembre 1883.) — De la dialyse de l'acide du suc gastrique, par Ch. Richet. (*Acad. des*

sciences, 17 mars.) — Note sur un cas de dilatation de l'estomac combinée de tétanie généralisée, par Dujardin-Beaumetz. (*Union médicale*, 29 janvier.) — Ulcère de l'estomac, amélioration notable, écart de régime, perforation. Mort par péritonite suraigüe, par Vergely. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 janv.) — Anévrismes miliaires de l'estomac donnant lieu à des hématémèses mortelles, par Gallard. (*Société médicale des hôpitaux*, 5 mars.) — Contribution à l'étude du cancer de l'estomac et de la laparotomie, par Debove. (*Union médicale*, 23 octobre 1883.) — Résection de l'estomac pour carcinome; mort au 7e jour, par Zamboni. (*Gazz. degli Ospitali*, 27 fév.)

F

Face. — Contribution aux traumatismes de la face, par Ronflay. (*Arch. de méd. mil.*, t. II, p. 33.)

Ferment. — Du ferment fibrinogène et de l'action toxique exercée par quelques organes frais, par Foa et Pellacani. (*Arch. per le Sc. mediche*, vol. VII, n° 9.) — Ferments non figurés, par Marcus. (*C. R. de la Soc. de biologie*, n° 8, 10 mars 1883.)

Fièvre intermittente. — Hémorragie rétinienne dans l'intoxication malarienne, par Bruno (*New Orleans med. and surg. journ.*, XI, n° 6.) — Des modifications de la pression sanguine, des variations des globules rouges et de l'hémoglobine dans le frisson fébrile, par Negro et Balp. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, août 1883.)—Des fièvres de Rome, par Erhardt. (*Deutsche med. Woch.*, n° 29, 1883.)

Fœtus. — De l'influence des médicaments pris par la mère sur le fœtus, par A. Wadéniouk. (*Thèse St-Pétersbourg*, 1883.)

Foie. — Traité de l'affection calculeuse du foie, par J. Cyr. (*In*-8°, *Paris.*) De l'influence de la congestion chronique du foie dans la genèse des maladies, par Poucel. (*In*-8°, p. 121, *Marseille.*) — Des formes cliniques de la colique hépatique, par Olive. (*Thèse de Paris*, 23 janvier.) — Abcès du foie d'origine dysentérique, par Brannigan. (*Lancet*, 1er septembre 1883.) — Abcès du foie terminé par la mort, par Reid. (*Lancet*, 21 juillet 1883.) — Un cas d'abcès du foie, par Henderson. (*Lancet*, 21 juillet 1883.) — Abcès du foie ; incision sans adhérences péritonéales; guérison, par Hodge. (*Lancet*, 6 octobre 1883.) —Abcès multiples du foie chez un enfant, par S. West. (*Méd. Times*, 29 mars, p. 434.) — Abcès du foie ouvert dans la cavité péritonéale, abcès métastiques dans le cerveau, par Strahan. (*Med. Times*, 15 mars.) — Contribution à l'étude de l'ictère malin, par Rousseau. (*Union médicale*, 1er novembre 1883.) —Altérations anatomo-pathologiques de la peau dans un cas d'atrophie aiguë du foie , par A. Pospéloff. (*Méd. Obosrénié*, n° 67.) — Atrophie jaune aiguë du foie, par Clubbe. (*Lancet*, 21 juillet 1883.) — Atrésie congénitale de l'orifice duodénal du canal cholédoque ; dilatation énorme de l'ampoule de Vatel, par Oxley. (*Lancet*, 8 décembre 1883). — De la cirrhose atrophique du foie, conférence par Ughetti. (*Giorn. Internazionale delle Sc. Mediche. Anno* V.) — Sur quatre cas de cirrhose hypertrophique graisseuse, par Rosenblith. (*Thèse de Paris*, 24 mai.) — Cirrhose expérimentale du foie d'origine veineuse, par S. Cholmogoroff. (*Méd Obosrénié*, n° 8.) — De la cirrhose alcoolique graisseuse,

par Gilson. (*Thèse de Paris*, 3 avril.) — Pyléphlébite adhésive, athérome du tronc porte ; impaludisme, lésions anciennes de la rate, par Durand Fardel. (*Soc. anat.*, 12 octobre 1883.) — Dégénérescence kystique du foie, par White. (*Med. Times*, p. 58, 12 janvier.) — De l'adénome du foie, par Rossi. (*Arch. per le Scienze mediche*, vol. VII, n° 8). — Un cas d'adénome du foie, par Verneuil. (*Gaz. des hôpit.* 5 février.) — Cancer adénoïde du foie, par Dérignac et Gilbert. (*Gaz. méd. de Paris*, 19 janvier.) — Note sur un cas d'affection hépatique ancienne recueillie à la suite d'un traumatisme de l'œil, par Picqué. (*Gaz. méd. de Paris*, 9 février.) — Malformation du lobe droit du foie, simulant un rein mobile, par Eustache Smith. (*Lancet*, 1er septembre 1883.) — Nouvel appareil pour la fracture de la mâchoire permettant la mastication par Olioli. (*Gaz. degli. Ospitali*, n° 17.) — De la fracture du maxillaire inférieur et d'un nouvel appareil pour la guérir, par Santopadre. (*Arch. ed atto della soc. Ital. de Chir.* II, p. 136.) — Compression des nerfs du membre supérieur à la suite des fractures, par Bouloran. (*Thèse de Paris*, 22 janvier.) — Fractures du sternum et du premier cartilage costal, par Lane. (*Path. soc. ; Med. Times*, 8 mars.) — Fracture comminatoire du médius avec carie consécutive, guérison, par W. Bain. (*Med. Times*, 26 janvier.) — Thrombose consécutive à la fracture des deux os de l'avant-bras, par Arbuthnot Lone. (*Clin. soc.*, *Med. Times*, 3 mai.) — Ostéoclasie manuelle dans une fracture double mal consolidée du fémur chez un enfant, par Gayraud. (*Gaz. hebd. Sc. Méd. Montpellier*, n° 2.) — Appareil pour les fractures intra-capsulaires et autres du fémur, par Sansalone. (*Rivista clin. e terap.*, août 1882.) — Des suites des fractures de la rotule et de leur thérapeutique, par Labonne. (*Thèse de Paris*, 12 mars.) — Traitement des fractures transversales de la rotule par la suture osseuse avec ouverture de l'articulation du genou, par Divernesse. (*Thèse de Paris*, 1er février.) — Sur le traitement des fractures de la rotule, par Lister. (*Lancet*, 3 novembre 1883.) — Les fractures de la rotule et de leur traitement, par Macewen. (*Lancet*, 17 novembre 1883.) — Traitement des fractures de la rotule avec écartement par la suture métallique, par Turner. (*Lancet*, 17 novembre 1883.) — Fracture de la rotule datant de cinq mois, traitée par la suture osseuse et les crochets de Malgaigne, guérison complète avec consolidation et retour des mouvements, par Wheelhoute. (*Lancet*, 15 décembre 1884.) — Deux cas de fracture de la rotule traitée par la suture osseuse, par Walsh. (*Lancet*, 22 décembre 1883.) Fracture non consolidée de la rotule, suture osseuse ; guérison, par Sydney Jones. (*Lancet*, 11 août 1883.) — Traitement de la fracture de la rotule, par C. Heath. (*Clin soc. ; Med. Times*, 17 mai.) — De l'atrophie musculaire consécutive aux fractures de la rotule, par Petit. (*Union médicale*, 29 novembre, 1er décembre 1883.) — Réflexions cliniques sur les fractures anciennes de la rotule, par Picqué. (*Union médicale*, 4 décembre 1883.) — Des fractures de l'extrémité supérieure du tibia, par Hamel. (*Thèse de Paris*, 2 avril.) — Du pansement des fractures compliquées de plaies, par Batault. (*Thèse de Paris*, 28 février.)

G

Gangrène. — De la gangrène foudroyante des organes génitaux externes de l'homme, par Lallement. (*Thèse de Paris*, 1er fév.) — Gangrène gazeuse foudroyante, par Dubrueil. (*Gaz. hebdom.*, *Montpellier*, 1883.) — Sur un cas de gangrène pulmonaire, par de Renzi et Rummo. (*Rivista clin. e terap.*,

marzo 1882.) — Deux cas de gangrène du membre inférieur par artérite. Guérison, par Desprès. (*Gaz. des hôpit.*, 3 mai.)

Gastrostomie. — Sur quelques points de la gastrostomie, par L.-H. Petit. (*Union médicale*, 19 février.) — Rétrécissement de l'œsophage, gastrostomie en deux temps, mort le 8e jour, par Page. (*Lancet*, 14 juillet 1883.) — Un cas de gastrostomie; mort le 23e jour par gastrite parenchymateuse aigüe, par Herbert Page. (*Lancet*, 14 juillet 1883.) — Un cas de gastrostomie suivie de succès, par Reid. (*Lancet*, 3 novembre 1883.)

Glaucome. — Contribution à l'histoire clinique du glaucome, par Rampoldi. (*Annal. univ. di med. e di chir.*, octobre 1883.) — Glaucome chez un enfant de 14 ans à la suite d'une blessure par un bouchon, par Pidgeen. (*Opht. soc. of Great Britain and Ireland*, 11 oct. 1883.) — Traitement du glaucome, par M. Hardy. (*Opht. soc.*; *Med. Times*, 22 mars.)

Grossesse. — Sur l'état du cœur à la fin de la grossesse et dans les suites de couches, par Bougougnon. (*Thèse de Paris*, 2 fév.) — Que deviennent les varices chez la femme enceinte, par Rivet. (*Progrès médical*, 3 novembre 1883.) — Traitement des vomissements incoercibles pendant la grossesse, par Morival. (*Thèse de Paris*, 14 mars.) — De l'engagement de l'extrémité pelvienne pendant la grossesse, par Henrionnet. (*Thèse de Paris*, 13 fév.) — Présentation du dos dans un cas de grossesse gémellaire. Épanchement sanguin entre les membranes des deux œufs, par P. Budin. (*Union médicale*, 20 janvier.) — Morphinisme et grossesse, par Ch. Féré. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 30, 1883.) — Grossesse extra-utérine datant de sept ans, accidents d'étranglement interne, laparatomie, mort, par Notta. (*Soc. anat.*, 2 nov. 1883.) — Grossesse extra-utérine remontant à 15 ans; fœtus calcifié, par Œttinger. (*Soc. anat.*, 22 juin 1883.) — Note accompagnant les photographies de grandeur naturelle de deux enfants extraits par la laparotomie dans des grossesses extra-utérines, par J. Lucas-Championnière. (*Acad. des sciences*, 7 janv.)

II

Helminthes. — Des vers intestinaux chez les enfants, par Deligny. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, mars.) — Observation de fièvre intermittente d'origine vermineuse, par Rousseau. (*Union médicale*, 28 fév.) — L'anchylostome duodénal et l'anémie des mineurs, par H. Barth. (*Union médicale*, 25 mars.)

Hémorragie. — Hémorragie interne *post partum*, état syncopal grave, injection sous-cutanée d'éther, guérison, par Ory. (*France méd.*, 8 nov. 1883.) — Hématocèle scrotale et abdominale combinées, par Gray. (*Lancet*, 22 septembre 1883.) — Un cas d'hémorragie excessive provoquée par des scarifications de la portion vaginale de l'utérus, par A. Mouratoff. (*Méd. obosrénié*, n° 2.)

Hémorroïde. — De l'emploi de la pince cautère écrasante dans le traitement des hémorroïdes, par Bazy. (*France méd.*, 23 août 1883.) — De la cure des hémorroïdes, par Verneuil. (*Gaz. des hôpit.*, 8 mai.)

Hernie. — Des rapports qui existent entre les hernies et le prolapsus vagi-

nal, par DORAN. (*Obst. soc.; Med. Times,* 26 avril.) — Hernie congénitale de la région inguino-crurale chez une enfant née au 7e mois, guérison, par SABOURIN. (*Progrès médical*, 26 janvier.) — Étranglement herniaire (entéro-épiplocèle inguinale), par DESGUIN. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, février.) — Deux cas de hernie étranglée, par LIONEL STRETTON. (*Lancet*, 29 septembre 1883.) — Quelques cas de hernie étranglée, par HULKE. (*Lancet*, 29 septembre 1883.) — Hernie inguinale ancienne; inflammation et ulcérations de l'intestin au-dessus de la hernie, perforation simulant l'étranglement, par HARTMANN. (*Soc. anat.*, 26 octobre 1883.) — Valvule dans le trajet inguinal, hernie étranglée, par MOREL-LAVALLÉE. (*Soc. anat.*, juillet 1883.) — De la valeur seméiologique et thérapeutique du taxis abdominal dans l'étranglement interne, par HENROT. (*Union médicale du Nord-Est*, décembre 1883.) — Observation de hernie étranglée, essais de cure radicale, par PITTS. (*Med. Times*, 1er mars.) — Cure radicale des hernies, par STOKES. (*Med. Times*, p. 337, 8 mars.) — Observation de cure radicale des hernies, par BUCHANAN. (*Med. Times*, 22 mars.)

Herpès. — La fièvre herpétique considérée comme une maladie infectieuse, par FLESSING. (*D. Arch. f. klin Med.* XXXIV, 2, p. 159.) — Contribution à l'étude de l'herpès zoster, par ED. LESSER. (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, XCIII, Heft 3.)

Histologie. — Actualités histogéniques ou embryogéniques, par HERMANN FOL. (*Revue de la Suisse romande*, février.) — Revue d'histogénie. Archéblaste et parablaste. Classification des tissus, par A. ÉTERNOD. (Résumé des travaux de His et de Waldeyer.) (*Revue de la Suisse romande*, janvier.)

Hôpital. — Création et organisation d'un hôpital d'isolement pour les varioleux, par VINAY. (*Lyon méd.*, 4 mars.)

Hydatides. — Kyste hydatique de la base du cou, par BUCQUOY. (*Union médicale*, 10 janvier.) — Kyste hydatique de l'orbite, par CAUDRON. (*Gaz. des hôpit.*, 2 févr.) — Kystes hydatiques des muscles, par BOUREL-RONCIÈRE. (*Thèse de Paris*, 27 mars.) — Un kyste hydatique du poumon; urticaire hydatique, par CHACHEREAU. (*Thèse de Paris*, 6 mars.) — D'une complication rare du kyste hydatique du foie, par FAILLE. (*Thèse de Paris*, 29 mai.) — Kystes hydatiques du foie, du poumon droit et de l'ovaire droit; ponctions simples, menaces de purulence, mort avec phénomènes septicémiques et hémorragies par la paroi de l'un des kystes, par PILLOT. (*Soc. anat.*, 9 nov. 1883.) — Kyste hydatique suppuré du foie; abcès concomitants du foie et du poumon, par MONNIER. (*Soc. anat.*, 27 juillet 1883.) — De la difficulté du diagnostic dans certains cas de kystes hydatiques du foie, par MAURANDY. (*Thèse de Paris*, 6 fév.) — Kyste hydatique suppuré de la cavité abdominale, par FÉLIX JONES. (*Lancet*, 15 décembre 1883.) — Kyste hydatique de la paroi abdominale, ponction, suppuration de la poche, guérison, par POLAILLON. (*Union médicale*, 17 février.) — Tumeur hydatique entre la vessie et le rectum, par GEORGES FISCHER. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, XIX, p. 133.

Hygiène. — Traité d'hygiène et de science sanitaire, par G. WILSON. (5e édition, *Philadelphie.*) — La bière à Lille, par MEURCIN et THIBAUT. (*Bulletin médical du Nord*, décembre 1883.) — Du rôle des parquets dans la production et la propagation des maladies épidémiques, par LONGUET. (*Union médicale*, 10 février.)

Hystérie. — Hémiplégie hystérique, par CHARCOT. (*Progrès médical*, 15 mars.) — Hémi-anesthésie hystérique chez l'homme, par VOISEY. (*Lancet*, 1er septembre 1883.) — Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme, par DEBOVE. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 avril.) — Quelques exemples d'emploi thérapeutique de l'hypnotisme, par A. WIEBE. (*Berliner klinische Wochenschrift*, nº 3, p. 33, 21 janvier.) — Nouvelles communications sur l'hypnotisme, par SCHLEICHER. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, janvier.) — De l'aphasie hystérique, par DAVID. (*Thèse de Paris*, 8 fév.) — Un cas de léthargie prolongée durant vingt-trois semaines et ayant nécessité l'alimentation artificielle par le tube gastrique, par GAIRDNER. (*Lancet*, 22 décembre 1883.)

I

Injection. —Des injections intra-utérines contre les flueurs blanches, l'hémorragie et la rétention placentaire, par BÉCAUT. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 9 déc. 1883.)

Insolation. — Quelques considérations sur le coup de chaleur, par BORÉLY. (*Thèse de Paris*, 9 fév.)

Intestin. — Sur le mécanisme de l'absorption de la graisse dans l'intestin grêle, ZAVARYKINE. (*Rousskaïa medicina*, nº 1.) — Du péristaltisme intestinal, par ISAAC OTT. (*New York med. Journal*, 18 août 1883.) — Quelques expériences relatives à la physiologie de l'intestin, par FUBINI et LUZZATI. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, août 1883.) — Rétention fécale, dans le cœcum, par J. HARLEY. (*St-Thomas's hosp. rep.*, XI, p. 129.) — Note sur une tumeur du volume d'un œuf, rendue par les selles et constituée par un épithélioma cylindrique, par DÉJERINE. (*Soc. anat.*, juillet 1883.) — Rétrécissements multiples de l'intestin grêle, par SHARKEY. (*Pathol. soc.*, *Med. Times*, 24 mai.) — Des plaies de l'intestin, par GROSS. (*Med. News*, 3 mai.)—Colotomie accidentelle résultant d'un coup de couteau dans le ventre, par DEVEREUX. (*Lancet*, 8 déc. 1884.)—Contributions à la question des indications de la résection et de la suture circulaire de l'intestin, par MAÜRER. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, XVII, p. 397.) —Résection par l'anus de la partie prostato-péritonéale et péritonéale du rectum, du mésorectum et de l'extrémité inférieure de l'S iliaque, avec abaissement et suture de cette partie du côlon à la partie inférieure du sphincter anal, par CECI et FERRANTI. (*Riv. clin. di Bol.*, fasc. 12, 1883.)

Iris. — Kystes et tumeurs perlées de l'iris, par ARMAIGNAC. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 7 mars.) — Petite tumeur de l'iris de forme et d'apparence kystique, extirpation, guérison, par KLEINSSCHMIDT. —Note sur un sarcome kystique de l'iris par CARRIEU. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, nº 3.)

K

Kyste.— Kyste dernoïde de la queue du sourcil, par BARBULÉE. (*France médicale*, nº 34, 1883.)—Quelques laparotomies intéressantes, par PROCHOWNICK.

(*Deutsche med. Woch.*, n° 36, 1883. — Trois observations de kystes dermoïdes (plancher de la bouche, partie supérieure de la cuisse), par MORRIS. (*Med. Times*, 12 janvier.)

L

Lacrymal (App.) — Cathétérisme des voies lacrymales, par MASERAS. (*La Cronica oftalmologica*, avril 1883.)

Lait. — Nouvelles méthodes pour la détermination des éléments du lait et de ses falsifications, par QUESNEVILLE. (*Thèse de Paris*, 8 mai.) — Sur l'origine du sucre de lait, par P. BERT. (*Acad. des sciences*, 31 mars.) — Sur les matières albuminoïdes du lait, par DUCLAUX. (*Acad. des sciences*, 11 fév.) — Le microbe du lait bleu, par BOURQUELOT. (*Revue scientifique*, 5 avril.) — Du lait de femme artificiel, par WALLICHES. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41, 1883.)

Langue. — Épithélioma de la langue ayant envahi le plancher de la bouche, l'amygdale et le voile du palais, extirpation, par GANT. (*Clinical soc.: Med. Times*, 3 mai.)—Ablation de la langue, par division médiane, par MORRANT BAKER. (*Brit. med. journ.*, p. 765, oct. 1883.) — Un cas de tumeur kystique de la langue, par A. KARMILOFF. (*Med. Wiestnik*, n° 7.)

Laparotomie. — Laparomyotomie dans les cas de fibromyome de l'utérus, par SLAWIANSKY. (*Rousskaïa medicina*, n° 1.)

Larynx.— Hoquet et spasme pharyngo-laryngés, par DÉLIE. (*Rev. mensuelle de laryngol.*, janv.) — Étude sur les fluxions de la muqueuse laryngée, par JOAL. (*Rev. mens. de laryngol.*, mars.) — Anesthésie presque générale sous l'influence d'une irritation galvanique intense d'un des nerfs laryngés supérieurs, par BROWN-SÉQUARD. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 8, 10 mars 1883.) — Laryngite hémorragique, par STEPANOFF. (*Méd. obosrénié*, nov. 1883.) — Laryngo-trachéite traitée avec succès par l'injection sous-cutanée de calomel, par SCARENZIO. (*Annali. univ. di med. e chir.*, décembre 1883.) — Étude clinique et anatomique de la phtisie laryngée, par GORDON HOLMES. (*Lancet*, 18 août 1883.) — Spasme de la glotte chez un enfant à la suite de cautérisations conjonctivales, par HALTENHOFF. (*Revue de la Suisse romande*, avril.)—De quelques affections du larynx dans lesquelles l'aphonie est le symptôme prédominant, par THOMAS WHIPHAM. (*Lancet*, 8 déc. 1883.)—Sur la paralysie des muscles dilatateurs de la glotte, par ROCH. (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 6.) — Huit cas de paralysie unilatérale des dilatateurs de la glotte, par MAX SCHÆFFER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 9, p. 138, 3 mars..) — Végétations papillaires polypiformes de la laryngite syphilitique, par CADIER (*Annales des mal. de l'oreille*, IX, n° 6.) — Du traitement mécanique des rétrécissements du larynx, par JACOBSON. (*Vratch*, n° 4.)—Cancer pharyngo-laryngé. Compression du récurrent droit par un ganglion. (*Soc. méd. des hôpitaux*, mars.) — Épithélioma du larynx, par M'BURNEY. (*Med. News*, p. 398, 5 avril.) — Du cancer ganglionnaire cervical consécutif au carcinome des voies pharyngo-œsophagienne et laryngée, par TOSTANI. (*Thèse de Paris*, févr.) — Épithélioma pharyngo-laryngien, extirpation avec l'anse

galvanique, récidive; mort par COUPARD. (*Rev. mens. de laryngol.*, fév.) — Trachéotomie nécessitée par l'introduction d'une dent dans la bronche gauche, par WEIR. (*New York med. Journ.*, 13 oct. 1883.) — Enclavement d'un morceau de porcelaine dans le larynx, trachéotomie; guérison, par FREEMAN. (*Lancet*, 20 octobre 1883.) — Asphyxie par bol alimentaire pénétré dans le larynx, hématome de la dure-mère, par FEULARD. (*Soc. anat.*, 12 oct. 1883.) — Des corps étrangers dans le larynx et l'œsophage, par HERING. (*Rev. mens. de laryngol.*, mars.) — Laryngo-fantome du Dr GAREL. (*Rev. mens. de laryngol.*, mars.)

Lipome. — Lipome myxomateux de la face profonde de la peau à la région inguinale, par MALASSEZ. (*Soc. anat.*, 1er juin 1883.)

Lupus. — Du lupus et de ses rapports avec la scrofule et la tuberculose, par RENOUARD. (*Thèse de Paris*, 2 avril.) — Du lupus vulgaire, son traitement par les applications locales d'acide sulfureux, par COLLIER. (*Med. Times*, 26 avril.) — Recherches expérimentales et histologiques sur le lupus, par CORNIL et LELOIR. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 28, 1883.)

Luxation. — Luxation en arrière de la colonne vertébrale à la région cervicale, lésion de la moelle; mort par JARDET. (*Soc. anat.*, 29 juin 1883.) — Luxation en arrière de la première lombaire, réduction après anesthésie, par D. COLLEY. (*Clin. soc. med. Times*, 5 avril.) — Leçons sur les luxations et les fractures. Première livraison : les luxations, par A. BOBROFF. (*Moscou*, 178 pages.) — Luxation en arrièr de l'extrémité interne de la clavicule, par CLEMENTS. (*New York med. Journ.*, 22 sept. 1883.) — Vingt et un cas de luxation sous-coracoïdienne de l'humérus, réduite par la méthode de Kocher, par CHARLES JERSEY. (*New York med. Journ.*, 29 septembre 1883.) — Observation montrant l'existence d'une luxation du cubitus, accompagnant la fracture du col (plus de la moitié des cas), par MOORE. (*Trans. of the Americ. surg. assoc.*, I, p. 551.) — Luxation du coude en arrière avec fracture de l'apophyse coronoïde, par LEDIARD. (*Clin. soc. Med.; Times*, 3 mai.) — Triple luxation traumatique des phalangines de la main gauche, par de LANGENHAGEN. (*France méd.*, 25 août 1883.) — Luxation d'un fibro-cartilage semi-lunaire du genou, par SMITH (*Med. Times*, p. 299, 1er mars.) — Luxation anomale de la hanche pendant l'accouchement, par S. SMITH. (*Med. News*, 16 février.)

Lymphatique. — De l'influence des excitations thermiques sur les mouvements des cœurs lymphatiques chez la grenouille, par FUBINI et SPALLITTA. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, août 1883.) — Cristaux de la lymphe des poissons, par OLIVIER et CH. RICHET. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 34, 1883.) — Tumeur de la paroi thoracique du creux axillaire constituée probablement par une varice lymphatique, par MOUNIER. (*Soc. anat.*, juillet 1883.) — De l'adénite strumeuse inguinale, bubons strumeux, par LHUILLIER. (*Thèse de Paris*, 20 janv.) — Des abcès lymphangitiques chancreux, par VERDIER. (*Thèse de Paris*, 20 janv.) — Traitement des leucémies et des pseudoleucémies, par KIMBERGER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41, 1883.) — Lymphadénie généralisée; traitement par l'arsenic; guérison par BAKEWELL. (*Lancet*, 13 octobre 1883.) — Lymphome dur, par TERRILLON. (*Gaz. des hôpit.*, 6 mars.) — Lymphadénome du cou, par TERRILLON. (*Progrès méd.*, 22 déc. 1883.)

M

Main. — De la rétraction de l'aponévrose palmaire, par Abbe. (*New York Academy of med. Med. News*, 26 avril.) — 70 obs. de rétraction de l'aponévrose palmaire, par Noble Smith. (*Royal soc.; Med. Times*, 29 mars.) — Plaie de la main par morsure de cheval : fracture du premier métacarpien, arrachement du muscle long extenseur du pouce, par Hartmann. (*Soc. anat.* juillet 1883.) — Traitement du panari, par Scheffer. (*Wien. med. Presse*, n° 3.)

Maladies prof. — De la santé des ouvriers employés dans l'industrie cotonnière, par Knori. (*Thèse de Paris*, 29 mars.)

Malformation. — Absence congénitale des fémurs, par R. Williams. (*Med. Times*, 22 mars, p. 403.) — Hermaphrodisme masculin complexe, par Péan. (*Gaz. des hôpit.*, 2 février.) — Absence complète du vagin avec atrésie de l'utérus, par Ruve. (*Med. News*, 19 avril.)

Mamelle. — De l'appareil musculaire de l'aréole et du mamelon, par Maccacci. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, décembre 1883.) — Un cas de maladie de l'aréole et du mamelon, par de Schweinitz. (*Med. News*, 2 février.) — Etiologie de la mammite puerpérale, par Rennert. (*Cent. f. Gynaek.*, n° 12, 1883.) — Traitement préventif des lymphangites et des abcès du sein pendant l'allaitement, par Ressein. (*Thèse de Paris*, 8 avril.) — Étiologie et pathogénie des abcès de la région mammaire, par Bennezon. (*Thèse de Paris*, 5 avril.) — Myxo-fibrome du sein, par Hartmann. (*Soc. anat.*, 26 octobre 1883.) — Squirrhe du sein ; fracture du col du fémur ; cancer secondaire du col fémoral et de l'os iliaque, par Tuffier. (*Soc. anat.*, juillet 1883.) — Généralisation du cancer dans le système osseux à la suite d'un cancer du sein, par Brunon. (*Soc. anat.*, 8 juin 1883.) — Pronostic et traitement du cancer du sein, par Monod. (*Gaz. méd. de Paris*, 5 janvier.) — Quelques cas de tumeurs du sein, par Baudry. (*Bulletin médical du Nord*, janvier.)

Massage. — Du massage électrique et de la gymnastique électrique, par Stein. (*Wien. med. Presse*, n° 1, 1883.)

Maxillaire. — De la constriction des mâchoires et de son traitement, par Ewing Mears. (*Trans. of the americ. surg. assoc.* I, p. 469.) — Suppuration du sinus maxillaire. Trajet fistuleux, par Humbert. (*Gaz. des hôpit.*, 15 avril.) — Ostéome de la mâchoire inférieure, par Trélat. (*Gaz des hôpit.*, 1er mai.) — Sarcome du maxillaire supérieur chez un enfant de huit ans. Ablation, par Lewit Marshall. (*Brit. med. Journ.*, p. 1017, novembre 1883.)

Médecine (*histoire*). — Médecins et médecine en Asie centrale, par Capus. (*Revue scientif.*, 9 février.) — Projet de l'enseignement médical en Russie, par Skworzoff. (*Rouskaia médicina*, n° 1.) — Histoire de la philosophie chez les médecins, par Bertrand. (*Rev. scientifique*, 2 février.)

Médecine légale. — De la criminalité chez les Arabes au point de vue de la pratique médico-judiciaire en Algérie, par Kocher. (*Thèse de Lyon*, 21 décembre 1883.) — Suicide, par Ant. Ritti. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XIII, 1re part.) — Suffocation, par C. Morache. (*Dict. encycl. des Sc. méd.*, 3e série, 1re part.) — De la simulation dans le service militaire, par Gentilhomme. (*Thèse de Paris*, 29 mai.)

Mélanose. — Sarcome mélanique du pouce, engorgement ganglionnaire le long de l'artère humérale, par HALLÉ. (*Soc. anat.*, 9 novembre 1883.) — Sur la pigmentation des sarcomes mélaniques, par BIRNBACHER. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk*, février.)

Méninges. — Étude sur la méningite tuberculeuse, par CHANTEMESSE. (*Thèse de Paris*, 14 février.) — Quelques observations de méningite spinale, par LONG FOX. (*Lancet*, 20 octobre 1883.) — Sarcome de la dure-mère, par PEABODY. (*Med. News*, 8 mars, p. 286.)

Menstruation. — Du rôle étiologique de la ménopause, par JACQUEMART. (*Thèse de Paris*, 22 mars.) — Signification des métrorragies à l'époque de la ménopause, par BAER. (*Obst. soc. Philad.*, *Med. News*, 22 mars.) — Aménorrhée et menstruation supplémentaire, par GRANVILLE BANTOCK. (*Med. Times*, 16 février.) — Aménorrhée et menstruation supplémentaire, par S. WILKS. (*Med. Times*, 9 février.) — Obs. d'aménorrhée avec menstruation supplémentaire, par CHEVERS. (*Med. Times*, 23 février.) — Jeune fille de 17 ans réglée par le sein gauche, par ROUXEAU. (*Gaz. méd. de Nantes* 9 janvier.) — De la dysménorrhée, par VEDELER. (*Arch. f. Gynaek.*, *Band* XXI, *Heft* 2.) — Du traitement des dysménorrhées, par GUYENOT. (*broch. Vichy.*)

Migraines. — Du traitement de la migraine, par William HAMMOND. — *Idem*, par MACLANE HAMILTON — *Ibid.*, par ALFRED CARROLL. (*New York med. Journal*, 17 novembre 1883.)

Moelle. — Des accidents vertigineux et apoplectiformes dans le cours des maladies de la moelle épinière, par GIRAUDEAU. (*Thèse de Paris*, 18 janvier.) — De la méningo-myélite, par DAGONET. (*Thèse de Paris*, 8 avril.) — Myélite chronique diffuse, par RAYMOND. (*Gaz. méd. de Paris*, 8 janvier.)—Paraplégie cervicale rapidement mortelle, par J. HUTCHINSON. (*Med. Times*, 16 février.) — Des rémissions dans l'ataxie locomotrice, par BORDERÉMY. (*Thèse de Paris*, 24 mai.) — Sur la réaction électrique des nerfs sensitifs de la peau chez les ataxiques, par MENDELSOHN. (*Acad. des sciences*, 25 février.) — Obs. d'affection médullaire propres à éclairer l'histoire clinique de la sclérose spinale, par J. RUSSEL. (*Med. Times*, 23 février.) — Ataxie locomotrice et syphilis par WEBER. (*New York Acad.*; *Med. News*, 29 mars.) — Ébranlement de la moelle épinière, par G. FISCHER. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, XIX, p. 131.)

Monstre. — Description d'un monstre exencéphale-célosomien, par DE P. CAMPA. (*La Cronica medica*, n° 159.)

Muscle. — Les anomalies musculaires et la théorie de l'évolution, par TESTUT. (*Revue scientif.*, 22 mars.) — Sur la distinction physiologique de deux classes de mouvements, par COUTY. (*Acad. des sc.*, 17 mars.) — Des modifications que présentent les muscles à la suite de la section des nerfs qui s'y rendent, par BABINZKI. (*Acad. des sciences*, 7 janvier.) — Tyrosine dans les muscles des insectes, par CHATIN. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 15, 1883.) — Particularités de la courbe de contraction d'un muscle empoisonné par la vératrine, par MENDELSOHN. (*Ibid.*, n° 8, 10 mars 1883.) — Myosite suppurée suraiguë, par GUYOT. (*Union médicale*, 25 novembre 1883.) — Contribution à la pathogénie de la pseudo-hypertrophie musculaire, par GRADENIGO. (*Annali univ. di med. e di chir. oct.* 1883.) — De la myopathie héréditaire débutant dans l'enfance, par la face, sans altération du système nerveux, par LANDOUZY ET DÉJERINE. (*Acad. des sciences*, 7 janvier.) —

De l'atrophie musculaire progressive, par Reverchon. (*Thèse de Paris*, 7 février.) — Contributions à l'étude des modifications secondaires des parties molles et du squelette dans les cas de torticolis musculaire, par Witzel. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, p. 534.)

Mycose. — Inoculation accidentelle de *l'actinomyces bovis* chez un cheval, par Perroncito. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juillet 1883). — — De l'actinomycose, par Longuet. (*Union médicale*, 6-8 mars.)

Myxœdème. — La pathologie du myxœdème, examen nécropsique, par Harley. (*Med. Times*, p. 509, 12 avril.) — Un cas de myxœdème, avec des remarques sur l'étiologie de cette affection, par Oswald Lane. (*Lancet*, 14 juillet 1883).—Pachydermique (*cachexie*), par B. Féris. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XIX, 2e part.)—Un cas de myxœdème, par R. Kirk. (*Glasg. med. Journ.*, p. 1.)

N

Nerf. — Histologie et origine réelle de quelques nerfs cérébraux, par Vincenzi. (*Arch. per le scienze mediche*, VII, n° 3.) — Notes histologiques sur l'origine de certains nerfs craniens, par Livio. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, octobre 1883.) — Distribution des racines motrices dans les muscles des membres, par Forgue et Lannegrace. (*Acad. des sciences*, 17 mars.) — Distribution spéciale des racines motrices du plexus lombo-sacré, par Forgue et Lannegrace. (*Acad. des sciences*, 28 avril.) — Sur la distribution spéciale des racines motrices du plexus brachial, par Forgue et Lannegrace. (*Acad. des sciences*, 31 mars.) — Communication préalable sur l'existence des nerfs neuro-sensitifs (sensory) dans les troncs nerveux (véritables nervi-nervorum), par Horsley. (*Med. Times*, p. 134, 26 janv.) — La suture des nerfs et la régénération chez l'homme, par Richelot. (*Union médicale*, 4 décembre 1883.) — Suture du nerf médian six mois après la division, et retour de la fonction un an plus tard, par Pick. (*Lancet*, 4 août 1883.) — Absence apparente de nerfs olfactifs, par Le Bec. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 35, 1883.) — Épuisement du pneumo-gastrique, par Couty. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 4, 10 févr. 1883.) — De la névralgie en général, par Nicaise. (*L'Encéphale*, oct. 1883.) — Étude sur la pathogénie des névralgies, par Quermonne. (*Thèse de Paris*, 11 janv.) — De la névrite multiple, par Kochinsky. (*Rousskaïa medicina*, n° 1.) — Sur la névrite multiple dégénérative, par Erb, Jolly, Strümpell, Schultze et Seeligmüller. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 7, p. 111, 18 févr.) — Rapport sur un travail de M. le docteur Treille, intitulé : « Notes sur un réflexe douloureux du nerf cubital dans certaines dyspepsies gastro-intestinales, par Lereboullet. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 avril.) — Sciatique rhumatismale, congestion pulmonaire métastatique, récidive de la sciatique, mort subite, par Desguin. (*Ann. de la Soc. de médecine d'Anvers*, mars.) — Contribution à l'histoire et au traitement des troubles nerveux de la sciatique, par H. Jones. (*Med. Times*, 3 mai.) — Du traitement des névralgies par les injections d'acide osmique, par A. Eulenburg. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 7, p. 99, 11 février.) — Revue de la littérature névrologique russe de l'année 1883, par M. Lion. (*Méd. obosrénié*, n° 2.)

— Cas de névrose trophique vaso-motrice, par LINDMANN. (*Deutsche mer. Voch*, n° 40, 1883.) — Introduction à l'étude des névroses, par OUSPENSKY. (*Rousskaïa medicina*, n° 4.) — Contribution à l'étude des émotions et passions pathologiques (deux cas médico-légaux), par KOWALÉWSKI. (*Archiw psichiatrii, etc. Charkow*, n° 2.) — Spasme du spinal accessoire, par SINKLER. (*Med. News*, p. 453, 19 avril.) — Des spasmes du cou, par GAUTIER. (*Thèse de Paris*, 23 janv.) — Parésie et contracture des extrémités sous l'influence de l'imagination, par TSCHIRIEFF. (*Méd. Wiéstnik*, n°s 1 et 2.) — Paralysie de la 6e paire à la suite d'un traumatisme cranien, par L. FERRI. (*Il Morgagni*, juillet 1883.) — Plaies du nerf médian et du nerf cubital, différents troubles trophiques, par ARNOZAN. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 janvier.) — Paralysie du nerf médian, par RONDOT. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 24 févr.) — Des tumeurs du creux poplité et en particulier du nerf sciatique et des veines jumelles, par OLIVIER. (*Thèse de Paris*, 22 janv.)

Nez. — Remarques sur l'examen du nez, par CRESSWELL BABER. (*Med. Times*, 26 janv.) — Un speculum nasal, par ROTHE. (*Deutsche med. Woch*, n° 25, 1883.) — Méthode aisée pour pratiquer la rhinoscopie postérieure, par WALSHAM. (*Lancet*, 28 juillet 1883.) — La toux nasale, par LONGUET. (*Union médicale*, 22 janvier.) — Des végétations adénoïdes de l'arrière-cavité des fosses nasales, par LANGE. (*Congrès de Fribourg*, 18 sept. 1883, *et Deutsche med. Woch.*, n° 51, 1883.) — Ozène, par BROCHIN. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, XIX, 2e partie.) — Névralgie du nez et du pharynx, par L. JURIOT. (*Med. News*, 1er mars.) — Du catarrhe nasal et de son traitement par l'irrigation continue aux eaux du Mont-Dore, par EDMOND. (*Ann. d'hydrologie*, t. 29.) — Étroitesse des fosses nasales comme cause de catarrhe chronique de l'arrière-cavité, par SHARKEY. (*Lancet*, 29 décembre 1883.) — De l'emploi du galvanocautère dans certaines affections du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, par G. BREMOND. (*In*-8°, 15 p., *Marseille*.) — Séquestre profond des os du crâne, antisepsie dans les fosses nasales, par VERNEUIL. (*Union médicale*, 9 février.) — Nécrose des os du nez. Expulsion de la partie centrale du sphénoïde, par BARATOUX. (*Progrès médical*, 24 novembre 1883.) — Note sur une tumeur polypiforme des fosses nasales, par MOREL-LAVALLÉE. (*Soc. anat.*, 19 oct. 1883.)

Nouveau-nés. — Limite de la diminution de poids chez les nourrissons qui succombent à des troubles gastro-entériques, par N. WORONOFF. (*Méd. Obosrénié*, n° 5.)

O

Occlusion intestinale. — De l'occlusion intestinale sans obstacle mécanique, par THIBIERGE. (*Thèse de Paris*, 29 mai.) — Occlusion intestinale consécutive à une péritonite, par perforation de l'appendice ilio-cæcal, par DONKIN. (*Med. Times*, 10 mai.) — Étranglement interne, perforation intestinale, anus contre nature, mort, autopsie, par VERCHÈRES. (*Progrès médical*, 19 janvier.) — Rupture de l'appendice ilio-cæcal pendant un effort, péritonite s'accompagnant des signes d'une occlusion intestinale, anus artificiel in extremis, par POLAILLON. (*Union médicale*, 3 janvier.) — Cancer des ovaires et du rectum, occlusion intestinale, anus contre nature iliaque, par HALLÉ. (*Soc. anat.*, 9 novembre 1883.) — Rétrécissement cancéreux du

rectum, corps étranger dans le rétrécissement, accidents aigus d'occlusion, par LEBRETON. (*Soc. anat.*, 9 novembre 1883.) — Cas d'occlusion intestinale par obstruction fécale, par SMITH. (*Med. Times*, 2 février.) — L'électricité dans l'occlusion intestinale, par BLOCH. (*Vratch*, n° 3.) — Note sur un cas d'obstruction intestinale, datant de 18 jours et levée par l'électricité, par BOTTEY. (*Progrès médical*, 19 janvier.) — Étranglement de l'intestin grêle à travers une déchirure du mésentère à son extrémité antérieure, par LÉVÊQUE. (*Union médicale*, 8 mars.) — Invagination intestinale, entérotomie, mort, enfant de 4 ans, par MONNIER. (*Soc. anat.* 16 novembre 1883.) — Laparotomie dans un cas de volvulus intestinal, guérison, par CLARK. (*Lancet*, 20 octobre 1883.) — Laparotomie dans un cas d'étranglement interne, par BENNETH MAY. (*Lancet*, 15 septembre 1883.) — Occlusion intestinale par un diverticulum, laparatomie, guérison par CLUTTON. (*Clin. Soc.; Med. Times*, 17 mai.) — Laparotomie pour une occlusion intestinale, par MAZZONI. (*La Salute, Italia medica*, janvier.) — Obstruction intestinale, par diverticule adhérent au mésentère, laparotomie, par GODET. (*Soc. anat.*, 19 octobre 1883.)

Œil. — Des anomalies de la réfraction et de l'accommodation, par FUCHS. (*Klin. Monat. f. Augenh.*, janvier.) — Dioptrique, par C. M. GARIEL. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re série, t. XXIX, 2e partie.) — Sur deux nouveaux phénomènes subjectifs de la vision colorée, par RAMPOLDI. (*Ann. di Ottalm.* XII, p. 545.) — Expériences sur la sensibilité à la lumière et aux couleurs des animaux dépourvus d'yeux ou aveuglés, par GRABER. (*Sitzungsbericht der k. Akademie des Wissensch.*, 1883.) — Pupille double de l'œil gauche, état congénital, par BIÉVOR. (*Opht. Soc.; Med. Times*, 19 janvier.) — Héméralopie chez des sapeurs, due à une alimentation insuffisante, par IOCHÉLSON. (*Woiénno médic. Journal*, n° 1). — Un cas extraordinaire d'héméralopie congénitale, par CHIBRET. (*Arch. d'ophtalm.*, janvier.) — De l'emploi du stéréoscope à la découverte de l'amaurose unilatérale simulée, par RABL-RUCKHARD. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 6, p. 83, 11 février.) — L'état actuel de la question de la myopie, par LANDOLT. (*Archives d'ophtalmologie*, janvier-février.) — Hémiachromatopsie, par SWANZY. (*Opht. Soc. of great Britain and Ireland*, juillet 1883.) — Deux cas de stase lymphatique de l'œil, par RAMPOLDI. (*Ann. di ottalm.*, XII, p. 549.) — La kératoscopie clinique, par DE WECKER et MASSELON. (*Annales d'oculistiq.*, novembre-décembre 1883.) — Revue de la littérature ophtalmologique russe de l'année 1883, par A. KRIOUKOFF. (*Méd. Obosrénié*, n° 3.) — Influence des maladies générales sur l'appareil de la vision, rétinites hémorragiques, rhumatisme oculaire, par PANAS. (*Union médicale*, 22 mars.) — Sur un cas d'ophtalmie survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, par TERRIER. (*Arch. d'ophtalm.*, janvier.) — Des flexuosités des veines rétiniennes dans leurs rapports avec l'hypermétropie, par S. MACKENZIE. (*Med. Times*, p. 711, 24 mai.) — De l'épiscléritis, par CAMPART. (*Thèse de Paris*, 8 mai.) — De la ténonite ou inflammation de la bourse celluleuse rétro-oculaire d'origine rhumatismale, par PUECHAGUL. (*Thèse de Paris*, 29 mars.) — Sur l'épidémie d'ophtalmie à Greenock, par WOLFE. (*Med. Times*, 29 mars.) — Ophtalmie des nouveau-nés, par M. KEOWN. (*Med. Times*, 22 mars, p. 402.) Contribution à l'étude de la xérose de la conjonctive, par THALBERG. (*Wiéstnik Ophtalmologuii*, janvier-février.) — Etat actuel de la question de l'application du jéquirity au traitement du trachome, par CHODINE. (*Wiéstnik Ophtalmologuii*, janvier-février.) — Discussion sur l'ophtalmie sympathique. (*Opht. Soc.; Med. Times*, 19 janvier.) — Notice sur la pathogénie de l'ophtalmie sympathique, par FRENKEL. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, février.) — Sur le traitement de l'ophtalmie granuleuse par l'exci-

sion du cul-de-sac conjonctival, par VOUKCHEWITCH. (*Thèse de Paris*, 14 février.) — Du traitement prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés par l'acide borique, par CONNEN. (*Thèse de Paris*, 12 janvier.) — L'acide phénique dans le traitement des affections oculaires à forme sécrétante, par DENIS. (*Thèse de Paris*, 8 avril.) — Valeur thérapeutique du jéquirity, par BENSON. (*Opht. Soc.; Med. Times*, 22 mars.) — Etude d'ophtalmoscopie dans la méningite, par BOUCHUT. (*Thèse de Paris*, 30 mai.) — Traitement des atrophies papillaires tabétiques par les injections hypodermiques de cyanures, de mercure, d'or, d'argent et de platine, par SALEZOWSKY. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 13, 14 avril 1883.) — Double névrorétinite due vraisemblablement à de l'anémie simple, par RICHARD WILLIAMS. (*Brit. med. Journ.*, p. 10, janvier.) — Un cas rare de névrite optique rétrobulbaire, par VAN MILLIGEN. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, janvier.) — Des hémorragies consécutives aux opérations portant sur le globe de l'œil, par SALAMÉ. (*Thèse de Paris*, 3 janvier.) — Hémorragie dans la gaine des nerfs optiques, par SILCOCK. (*Opht. soc., Med. Times*, 19 janvier.) — Hémorragie nevro-rétinienne veineuse ayant la papille optique pour origine apparente, par DELACROIX. (*Union médicale du Nord-Est*, mars.) — Blessure de la région ciliaire droite et du corps vitré par un bec de plume d'acier, hyalite légère, par DELACROIX. (*Union médicale du Nord-Est*, mars.) — Note sur la symptomatologie du décollement hyaloïdien, par AUQUIER. (*Gaz. hebd. Montpel.*, n° 51, 1883.) — De la métallothérapie dans le traitement des affections oculaires, hyperesthésie de la rétine, par JOHNSTONE et W. FOX. (*Med. News*, 8 mars.) — Sarcome mélanique du corps ciliaire et de la choroïde, par HIRSCHBERG et BIRNBACHER. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, janvier.) — Un cas de kyste dermoïde double sclérocornéen, par WICHERKIEWICZ. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, janvier.) — Choroïdite fœtale double chez une enfant atteinte de microphtalmie et de microcéphalie légère, par PFLUEGER. (*Corresp. blatt. f. schw. Aerzte*, n° 2, p. 44, 15 janvier.) — De l'insuffisance des droits internes et de son traitement, par la ténotomie partielle, par REVOLAT. (*Thèse de Paris*, 15 mars.) — Extirpation d'un morceau de fer du corps vitré au moyen de l'aiguille aimantée, par CHISOLM. (*Med. News*, p. 509, 3 mai.)

Œsophage. — Corps étranger de l'œsophage, œsophagotomie, par BUTLIN. (*Clin. Soc., Med. Times*, 29 mars.) — Corps étranger de l'œsophage, œsophagotomie externe, mort, par MONNIER. (*Soc. anat.*, juillet 1883.) — Œsophagotomie interne, par SANDS. (*Med. News*, p. 200, 16 février.) — Rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, par ROUTIER. (*Progrès médical*, 1er-8 mars.) — Des rétrécissements de l'œsophage, leur nature et leur traitement, par H.-F. CAMPBELL. (*Trans. of the americ. surg. Assoc.*, I, p. 517.) — Deux cas de cancer de l'œsophage ; gastrostomie dans un cas, gastrostomie incomplète dans l'autre, par BARTHET. (*Lancet*, 6 octobre 1883.)

Oreille. — Les fonctions du limaçon, par B. BAGINSKY. (*Arch. f. pathol. Anat., u. Phys. Band XCIV, Heft* 1.) — Du scotome de l'audition, par BRUNSCHWIG. (*Rev. mens. de laryngol*, février.) — De l'influence des maladies du nez et du pharynx sur la production des maladies de l'oreille moyenne, par PUJOL. (*Thèse de Paris*, 21 janvier.) — Malformation de l'oreille, par POMEROY. (*Med. News*, p. 160, 9 février.) — Un cas de surdité totale passagère, par A. MAGNUS. (*Archiv für Ohr.*, XX 3, p. 171.) — Observations : 1° épilepsie par corps étranger du conduit auditif ; 2° symptômes d'irritation cérébrale dus à un bouchon épidermique ayant dilaté le conduit auditif, par KUPFER. (*Archiv für Ohr.* XX, 3, p. 167.) — Carie de l'apophyse mastoïde chez les enfants, par TURNBULL. (*Philad. med. Times*, 14 juillet 1883.) — Double

otite labyrinthique dans la scarlatine, par GREEN. (*Boston med. journ.*, p. 228, 6 mars.) — Otite, abcès intra-crâniens, trépanation, par EDMUNDS. (*Brit. med. journ.*, février 1883.) — Othorrhée chronique suivie de thrombose du sinus latéral, septicémie, mort, par R. WILLIAMS. (*Brit. med. journ.*, novembre 1883.) — Nécrose mastoïdienne, méningite, double névrite optique et atrophie des deux nerfs à la suite d'une otite moyenne suppurée, par C. SHAFFNER. (*Med. News*, 5 janvier.) — Otite moyenne suppurée aiguë avec infiltration lardacée de la région mastoïdienne et rétention du pus dans l'antre mastoïdien. Guérison sans ouverture de l'apophyse, par JACOBY. (*Arch. für Ohr.*, XX, 3. p. 183.) — Cérumen du conduit auditif, par J. MACKENZIE BOOTH. (*Lancet*, 10 mars 1883.) — Corps étranger de l'oreille datant de près de 20 ans, par L. HOLLAND. (*Brit. med. journ.*, 3 février 1883.) — Hématome du pavillon de l'oreille, par TÉTARD. (*Thèse de Paris*, 24 mai.) — Ablation d'un polype muqueux de l'oreille, par NOQUET. (*Bulletin médical du Nord*, septembre 1883.) — Fracture probable des osselets de l'ouïe, par violence indirecte, par MOURE. (*Rev. mens. de laryngol*, janvier.)

Oreillons. — Orchite ourlienne atrophiante ; complications cérébrales ; aphasie légère, mais prolongée, par SOREL. (*Archives de méd. mil.*, t. II, p. 429.) — Un cas d'oreillons suivis d'orchite et de méningite, hyperthermie ; guérison, par MONRO. (*Lancet*, 18 août 1883). — De l'oreillon, par JACCOUD. (*Gaz. des hôpit.*, 1er mai.)

Organismes. — De l'action du froid sur les microbes, par PICTET et YUNG. (*Acad. des sciences*, 24 mars.) — Note sur le siège des bactéries dans la variole, la vaccine et l'érysipèle, par CORNIL et BARBÈS. (*Union médicale*, 30 octobre 1883.) — Préparation des bactéries et des infusoires par PARRIETTI. (*Boll. scient. di Pavia*, V, nº 3.) — Sur la stérilisation des liquides au moyen de la marmite de Papin, par HEYDENREICH. (*Acad. des sciences*, 21 avril.) — Sur la culture du microbe du pus bleu, par CAPITAN et CHARRIN. (*C. R. de la Soc. de biol.*, nº 44, 1883.)

Os. — Trois cas d'ostéite chronique de l'extrémité inférieure des os de la jambe, par GREENISH. (*Lancet*, 25 août 1883.) — Disjonction de l'épiphyse inférieure du fémur, par M. GILL. (*Med. Times*, 24 mai.) — Des décollements traumatiques de l'épiphyse inférieure du fémur, par DELENS. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Décollement épiphysaire des deux radius. Fracture de la cuisse droite. Rupture du rein, contusions multiples. Suppuration des foyers traumatiques, par HARTMANN. (*Progrès médical*, 2 février.) — Sur les ostéomes sous-périostiques de la mâchoire inférieure, par MANU. (*Thèse de Paris*, 29 février.) — Ostéosarcome de la partie inférieure du fémur gauche ayant entraîné l'amputation de la cuisse, par CHAMPENOIS. (*Bulletin médical du Nord*, février). — Epithélioma kystique de la clavicule, par SUCHARD et LE CLERC. (*Rev. de chir.*, août 1883.) — Nécrose phosphorée, par HUTCHINSON. (*Med. News*, 15 mars, p. 313.) — Du traitement du genu valgum par l'ostéoclasie, par DELARUE. (*Thèse de Paris*, 27 mars.) — Quelques expériences avec le nouvel appareil Collin pour le redressement brusque du genu valgum, par REGNARD. (*Thèse de Paris*, 5 mars.) — — Relation sur deux cas d'ostéotomie dans un double genu valgum, par GALLOZZI et de SANCTIS. (*Rivista clin. e terap.*, mars, 1882.) — Quatre cas d'incurvation des deux jambes, guérie par l'ostéoclasie, par d'AMBROSIO. (*Ibid.*, 1882.) — Redressement d'un cal difforme de la jambe par l'ostéoclaste de Rizzoli, par d'AMBROSIO. (*Ibid.*, nov., 1882.) — Une ostéotomie dans un genu valgum, par SALVIA. (*Ibid.*, mai 1883.) — Observation d'ostéomalacie chez un enfant, par JUDSON-BURY. (*Brit. med. journ.*, p. 213, février.)

Ovaire. — Modifications pathologiques des ovaires dans quelques maladies, par Kolago. (*Saint-Pétersbourg, inaug. dissert.*, 1882.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Fistule vésico-vaginale, produite par un pessaire, par Desguin. (*Ann. de la Soc. de médecine d'Anvers*, janvier.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire droit, ovariotomie, mort par péritonite et suppuration du tissu cellulaire du petit bassin, par Terrier. (*Union médicale*, 10 novembre 1883.) — Kyste de l'ovaire gauche inclus dans le ligament large, ovariotomie, guérison par Terrier. (*Union médicale*, 24 janvier.) — Kyste de l'ovaire, ovariotomie, par Perier. (*Union médicale*, 12 janvier.) Dysménorrhée grave ; extirpation par la voie vaginale d'un ovaire adhérent au cul-de-sac de Douglas, par Greig Smith. (*Lancet*, 15 décembre.) — Un cas d'ovariotomie, suivie au bout de cinq semaines de colotomie lombaire, par Maurice. (*Lancet*, 29 décembre 1883.) — Tumeur kystique de l'ovaire gauche ; grossesses successives ; extirpation des ovaires, guérison, par Butler Smythe. (*Lancet*, 22 septembre 1883.) — Tumeur ovarique polykystique. Péritonite chronique. Pleurésie double. Ovariotomie guérison, par Terrier. (*Union médicale*, 23 mars.) — Extraction heureuse de deux kystes dermoïdes des ovaires, chez une vierge de 35 ans, par Loehlein. (*Berlin. klin., Woch.*, n° 2, p. 27, 14 janvier.) — 25 obs. d'ovariotomie, (7 morts), par W. Goodell. (*Med. News.*, 16 février.) — Des suites éloignées de l'ovariotomie, dégénérescence cancéreuse consécutive à l'ovariotomie, par Bourguelde. (*Thèse de Paris*, 22 janvier.) — Statistique des ovariotomies pratiquées en Russie, par Solovioff (*Med. Obosr.*, juin 1882.) et par Rodzewicz (*Vracheb. Vedom.*, 1882.); 291 opérations 177 guérisons, 107 morts, 7 résultats inconnus.

P

Palais. — Anatomie et pathologie, par E. Gayraud. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, XIX, 2e partie.) — Perforation traumatique de la voûte palatine. (Observations et réflexions), par Gayraud. (*Gaz. hebd. de Montpell.*, n° 49, 1883.) — Ulcérations tuberculeuses du palais et du larynx, par Sevestre. (*Soc. méd. des hôpit.*, 9 avril.) — Un uvulatome, par Knox. (*Med. News*, 23 fév.)

Pancréas. — Trois observations de calculs du canal pancréatique, par N. Moore. (*Med. Times*, p. 57, 12 janv.)

Pansement. — Des pulvérisations antiseptiques prolongées dans le traitement de quelques affections chirurgicales, par Charles. (*Thèse de Paris*, 30 mai.) — Le pansement à l'iodoforme pour les déchirures périnéo-vaginales des accouchées, par Behm. (*Zeits. f. Geburt. Band* XIX, *Heft* 1.) — Du pansement à l'hélénol, par Blocq. (*Progrès médical*, 17 nov. 1883.) — La sciure de bois phéniquée comme pansement antiseptique, par Symonds. (*Lancet*, 22 septembre 1883.) — De la suture du pelletier avec du fil de catgut, et de son usage dans le traitement des plaies opératoires, par Boyer. (*Thèse de Paris*, 22 janv.) — Pansement des contusions graves par l'hyposulfite de soude et l'acide phénique, par Hewson. (*Med. News.*, 23 fév.) — Du pansement ouaté, par Hurtel. (*Thèse de Paris*, 2 fév.) — De l'emploi du sublimé corrosif comme antiseptique, par Bonnaire. (*Progrès médical*, 12 avril.)

Paralysie. — Paralysie du grand dentelé sans participation du rhomboïde, par FERRIER. (*Lancet*, 3 novembre 1883.) — Paralysie du petit doigt gauche consécutive à une injection d'éther, par ARNOZAN et SALVAT. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 mars.) — Des blessures de tête accompagnées de paralysie, par DENNIS. (*Med. News*, 5 janv.) — Paraplégie périphérique, par FERGUSON. (*Med. News*, 12 avril.) — Paralysie infantile, par MONEY. (*Med. Times*, p. 266, 23 fév.) — Du mécanisme médullaire des paralysies d'origine cérébrale, par COUTY (*Acad. des sciences*, 24 mars.) — Documents statistiques pour servir à l'étude des conditions pathogéniques de la paralysie générale, par LUYS. (*Union médicale*, 13 décembre 1883). — Paralysie générale, par GAVAGE et MANLEY. (*Journal of mental science*, janvier.) — Réflexes tendineux dans la paralysie générale progressive, par BIANCI. (*Arch. di psichiatria*, IV, n° 4.)

Parotide. — De l'endothéliome et du sarcome de la parotide, par SNOMENSKY. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XIX, p. 218.)

Pathologie. — Traité élémentaire de pathologie générale, par HALLOPEAU. (In-8°, 720 pages, Paris.) — Manuel de diagnostic médical, par P. SPILLMANN. (In-12, Paris.)

Peau. — De la lymphangite dans les maladies de la peau, par FAVREL (*Thèse de Paris*, 21 mai.) — Recherches anatomiques sur le lichen plan, par VIDAL. (*C. rend. de la Soc. de biol.*, n° 18, 19 mai 1883.) — Étude analytique de 2,093 cas de maladies de peau, par STELWAGON. (*Philad. med. Times*, 19 mai 1883.) — Trois cas de xérodermie pigmentaire, par R. CROCKER. (*Med. Times*, p. 433, 29 mars.) — La résorcine dans les maladies de la peau, par ANDEER. (*Wien. med. Presse*, n° 10, 1883.)

Pellagre. — Symptômes et troubles médullaires de la pellagre, par TONNINI. (*Arch. di Psichiatria*, IV, n° 4.) — Revue générale sur la pellagre, par LOMBROSO (*Ibidem*). — Un cas de pseudo-pellagre, par BABINSKI. (*Gaz. méd. de Paris*, 26 janv.)

Pénis. — Deux cas d'amputation du pénis avec transplantation de l'orifice uréthral dans le périnée pour des épithéliomas, par WYETH. (*New York med. journal*, 24 novembre 1883.) — Le cancer du pénis peut-il résulter de l'inoculation du cancer du col de l'utérus dans l'acte sexuel, par MUNDÉ. (*New York med. Journal*, 25 octobre 1883.)

Péricarde. — Un cas de péricardite idiopathique, par R. MACPHERSON. (*Glasg. Med. Journ.*, p. 114.)

Périnée. — Une forme particulière de rupture du périnée, par KALTENBACH. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 29, 1883.) — La suture au catgut pour les déchirures perinéo-vaginales, par BROSE. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 49, 1883.) — Nouvelle méthode de traitement des déchirures du périnée, par GOELET. (*Med. News*, 22 mars.)

Péritoine. — Un cas de péritonite circonscrite provoquée par une hémorragie dans la substance du foie, par A. DMITRIEFF. (*Méd. Wiéstnik*, n° 11.) — Péritonite tuberculeuse à forme ascitique, par BIAT. (*Thèse de Paris*, 17 mars.) — De la péritonite rhumatismale aiguë, par VIVANT. (*Thèse de Paris*, 18 janv.) — Péritonite mortelle par perforation de l'appendice vermiculaire due à l'agglomération d'une masse de petites graines, par WILSON. (*Med. News*, 19 janv.)

Peste. — La peste d'Athènes, par CORLIEU. (*Rev. scient.*, 22 mars.)

Pharmacologie. — Éléments de pharmacie, de matière médicale et de thérapeutique, par W. Whitla. (2e édit., Londres.) — Sur le poids des gouttes, par Boymond. (*Répertoire de pharmacie*, XII.) — Du convallaria maialis, par Langlebert. (*France méd.*, 15 sept. 1883.) — Contribution à la pharmacologie de la kaïrine, par M. Popoff. (*Méd. Obosrénié*, n° 8.) — De l'action anti-pyrétique de la kaïrine, par Graziadei. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juillet 1883.) — Effets de la résorcine et ses applications dans la pathologie infantile, par Cohn. (*Riv. clin. e terap.*, octobre 1882.) — Sur l'aconitine, par Erich Harnack. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 2, p. 26, 14 janv.) — Action physiologique du chlorhydrate de cocaïne sur l'organisme humain, par Aschenbrandt. (*Deutsche med. Woch.*, n° 50, 1883.) — Action physiologique de la papaïne, et ses effets sur les microorganismes du sang, par Dowdeswell. (*The practitioner*, n° 179, 1883.) — Digitale et digitaline, par Fonssagrives. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re série, XXIX, 2e partie.) — Oxygène (emploi médical), par E. Labbée. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 2e série, XIX, 2e partie.) — De l'alcool, sa combustion, son action physiologique, son antidote, par Jaillet. (*Thèse de Paris*, 13 fév.) — La paraldéhyde et son action sur l'organisme animal, par Popoff. (*Méd. Obosrénié*, n° 1.) — Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la paraldéhyde, par Coudray. (*Thèse de Paris*, 25 avril.) — De certaines propriétés de l'ergot de seigle, par Notta. (*Union médicale*, 22 avril.) — De l'influence du cérium sur l'organisme animal, par N. Wassilieff. (*Jégénéd. klin. Gazeta*, 1883, nos 32 et 33.) — Effets des sels de thallium, par Rabuteau. (*Compt. rend. de la Soc. de biol.*, n° 16, 1883.) — Les bromures, par J. Simon. (*Progrès médical*, 2 février.) — Des effets toxiques du nitrite de sodium. par Sydney Ringer. (*Lancet*, 3 nov. 1883.)

Pharynx. — Des végétations adénoïdes du pharynx, par Swinburne. (*New York Med. Record.*, 6 oct. 1883.)

Physiologie. — Éléments de physiologie humaine à l'usage des étudiants en médecine, par Fredericq et Nuel. (In-8°, 370 p., Paris.) — Le poids de l'homme au xviiie siècle et de nos jours, par Galton. (*Rev. scient.*, 9 fév.) — Les désavantages de la station verticale de l'homme, par Clevenger. (*The Americ. Naturalist.*, janv.) — Les sens de l'homme, par Thomson. (*Rev. scient.*, 22 mars.)— Les cils vibratiles et le mouvement ciliaire, par Rouget. (*Rev. scient.*, 15 mars.) — Eléments de physiologie, par H. Power. (*Philadelphie.*)

Pied. — Pathologie du pied bot congénital, par Parker et Shattock. (*Pathol. Soc.; Med. Times*, 24 mai.) — Contribution au traitement du pied bot, par Stillmann. (*New York med. Journal*, 20 octobre 1883.)

Placenta. — Dégénérescence hydatiforme du placenta, par Marcy. (*New York med. Journal*, 13 octobre 1883.) — Recherches cliniques et expérimentales sur le décollement et l'expulsion du placenta, par J. Danilovitch. (*Thèse*, Saint-Pétersbourg, 1883.) — L'extraction du placenta, par Garrigues. (*Med. News*, p. 424, 12 avril.)

Plaie. — De la suture secondaire de plaies opératoires en voie de bourgeonnement, par J. Weit. (*Berlin. klin. Woch*, n° 2, p. 19, 14 janvier.)

Plèvre. — De la pleurésie franche, primitive et inflammatoire chez les vieillards, par Helleu. (*Thèse de Paris*, 17 janv.) — Des pleurésies cloisonnées, par Gouttière-Cachera. (*Thèse de Paris*, 15 fév.) — Étude clinique des adhérences pleurales, par Thuvien. (*Thèse de Paris*, 15 fév.) — Sur les symptômes de la pleurésie infantile, par Betschine. (*Thèse de Paris*, 21 janv.) — Contribution à l'étude des pleurésies pulsatiles, par Féréol.

(*Société méd. des hôpitaux*, 26 mars.) — Pleurésie hémorragique chez un homme de 74 ans; guérie après une seule ponction, par MOUTARD-MARTIN. (*Union médicale*, 5 avril.) — Pleurésie et état puerpéral. 15 ponctions en deux mois chez une femme en couches. Guérison, par G. GRAUX. (*Union médicale*, 28 octobre 1883.) — Pleurésie purulente. Signes stéthoscopiques pseudo-cavitaires; absence de bacilles tuberculeux, par DALCHÉ. (*Gaz. méd. de Paris*, 19 avril.) — Empyème suivi d'abcès cérébral, par HALL (*Clin. Soc.; Med. Times*, 2 févr.) — Traitement de l'empyème par la pleurotomie complètement antiseptique, par Mlle KRAFT. (*Thèse de Paris*, 6 mars.) — Des migrations de l'empyème dans la région lombaire, par DELOTTE. (*Thèse de Paris*, 15 mars.) — Note sur un cas de pleurésie purulente guérie en trois semaines, par DEBOVE. (*Union médicale*, 28 octobre 1883.) — Du drainage vertical de la plèvre dans la pleurésie purulente, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebdom. de Montpellier*, 1883.) — Des tumeurs solides du médiastin, par BERTRAND. (*Thèse de Paris*, 8 avril.) — Sarcome du médiastin antérieur, par BRUEN. (*Med. News*, 15 mars.)

Poumon. — Le micrococcus de la pneumonie à propos de la communication de Friedlænder, par BRICON. (*Progrès médical*, 8-15 décembre 1883.) — Note sur le coccus lancéolé de la pneumonie lobaire fibrineuse, par TALAMON. (*Progrès médical*, 22 décembre 1883.) — De la pneumonie chronique ulcéreuse, par DEBOVE. (*Soc. méd. des hôpit.*, 6 février.) — Agent infectieux de la pneumonie, par HALLOPEAU. (*Union médicale*, 19 janvier.) — La spléno-pneumonie, par GRANCHER. (*Union médicale*, 23 décembre 1883.) — De la pneumonie traumatique, par PROUST. (*Thèse de Paris*, 4 avril.) — Sur quelques cas de tuberculose pneumonique à marche rapide, par HAINAUT. (*Thèse de Paris*, 12 févr.) — Sur la dilatation du cœur droit consécutive à la pneumonie lobaire franche, aiguë, par CONTANCIN. (*Thèse de Paris*, 4 avril.) — Du poumon cardiaque, sclérose pulmonaire, par J. BOY. (*Thèse de Lyon*, 23 déc. 1883.) — De la sclérose pulmonaire, par DU CASTEL. (*Soc. méd. des hôpit.*, 26 mars.) — Du traitement de la pneumonie aiguë, par F. MINOT. (*Boston med. and surg. Journ.*, 21 févr.) — Pneumonie infectieuse, gangrène du poumon, empyème fétide, guérison, par BROUGHTON. (*Boston med. and surg. Journ.*, 21 fév.) — Observation pour servir à l'histoire du tympanisme sous-claviculaire dans la pneumonie, par LAVERAN. (*Soc. méd. des hôpit.*, 23 avril.) — Un cas de pneumothorax fermé, par MATHIEU. (*Progrès médical*, 9 févr.) — Cancer circonscrit du poumon droit. Mort subite par apoplexie pulmonaire, par VERGELY. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 avril.) — Rupture traumatique des deux poumons sans lésion du thorax, par LAURENT. (*Lancet*, 15 septembre 1883.)

Prostate. — Hyperthrophie de la prostate, calculs prostatiques, variété rare de fausse route, ponction hypogastrique, par PICQUÉ. (*Soc. anat.*, 9 nov. 1883.) — Affection goutteuse de la prostate, par HARRISON. (*Lancet*, 24 nov. 1883.) — Cautérisation au galvano-cautère de la prostate, par BOTTINI. (*La Medic. contemporanea*, janvier.) — Cautère galvanique muni d'un appareil réfrigérant pour le traitement de l'ischurie par hypertrophie prostatique, par BOTTINI. (*Colleg. Ital. di Lett. sulla med. II*, n° 11.) — Du cancer de la prostate, par LETAROUILLY. (*Thèse de Paris*, 22 janv.)

Ptomaine. — Des alcaloïdes cadavériques, par WOLFENDEN. (*Lancet*, 17 novembre 1883.)

Puerpéral (état). — Thérapeutique de la septicémie puerpérale, par FISCHEL (*Arch. f. Gynæk.*, XX, n° 1.) — Prophylaxie et traitement de la fièvre puerpérale, par GAILLARD THOMAS. (*New York med. Journ.*, p. 649, 1883. —

Étiologie et pathologie de la septicémie puerpérale sporadique, par William Strange. (*Brit. med. Journ.*, p. 1228, déc. 1882.) — Septicémie puerpérale, guérison à la suite d'un seul lavage utérin, par J. Rendu. (*Lyon méd.* 3 fév.) — Les érosions du mamelon comme point de départ de l'infection puerpérale, par Kaltenbach. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 5, 1883.) — La prophylaxie et le traitement de la fièvre puerpérale, par F. Barker. (*Med. News*, 16 fév.) — Pathologie, étiologie, prophylaxie et traitement de la fièvre puerpérale d'après les doctrines de l'école de Vienne, par Jaggard. (*Med. News*, 19 avril.) — Quelques faits de manie puerpérale, par Campbell Clark. (*Lancet*, 21 juillet 1883.)

Purpura. — Purpura à disposition symétrique survenu à la période ultime d'un cancer de l'estomac, par Thibierge. (*France méd.*, 13 oct. 1883.) — Deux cas de purpura hémorragique avec présence de bacilles, par Cheyne. (*Med. Times*, p. 267, 23 fév.) — Sur quelques cas de purpura d'origine traumatique, par Berne. (*Thèse de Paris*, 1er mars.) — Observation de purpura hémorragique, varioloïde intercurrente, par Rathery. (*Union médicale*, 11 novembre 1883.)

Pyohémie. — Pyohémie spontanée, par Vodd. (*Med. News*, p. 171. 9 fév.) — Théorie microbienne de la fièvre traumatique, de la pyohémie et de la septicémie, par A. Dubrueil. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, nos 46 et 47, 1883.) — Infection purulente, par Després. (*Gaz. des hôp.*, 14 fév.)

R

Rachis. — Ablation du coccyx pour une coccygodynie, par Goodell. (*Med. News*, p. 317, 15 mars.) — De l'étiologie des scolioses, par N. Wéliaminoff. (*Woiénno' médizinski Journ.*, mars.)

Rage. — Communication sur la rage, par Pasteur, Chamberland et Roux. (*Acad. des sciences*, 27 fév.) — Recherches sur la rage par Gibier. (*Acad. des sciences*, 7 janv.) — Recherches sur la rage, les oiseaux contractent la rage, ils guérissent spontanément, par Gibier. (*Acad. des sciences*, 25 fév.) — Un cas de rage avec réflexions, par Parks. (*Med. Times*, 17 mai.) — Un cas de rage, par Mitchell Roocroft. (*Lancet*, 29 septembre 1883.) — Un cas de rage (traitée sans succès par les inhalations prolongées de chloroforme), par Clutton (*Med. Times*, 23 fév.)

Rectum. — Sur les imperforations du rectum et leur traitement par la méthode de Littre. (*Union médicale*, 10 avril.) — Rétrécissement du rectum. Rectotomie externe. Mort. Autopsie, par Fort. (*Gaz. des hôpit.*, 3 avril.) — Cancer du rectum. Rectotomie et colotomie, par Humbert. (*Gaz. des hôpit.*, 20 mars. — Description d'un obturateur rectal; son emploi, par D. Prince. (*Trans. of the americ. surg. Assoc.*, I, 509.)

Réflexe. — Les réflexes tendineux du genou et leur rapport avec la sensibilité cutanée de la région suprapatellaire; par Jarochewski. (*Vratch*, n° 3.)

Rein. — Néphrite parenchymateuse, urémie, mort, par Comby. (*France méd.*, 15 sept. 1883.) — Recherches expérimentales sur l'origine des différentes formes de néphrite, par F. Blumenthal (*Med. Obosrénié*, n° 8.) — Étude clinique sur l'acétonémie, par de Gennes. (*Thèse de Paris*, 15 fév.)

—Quelques points du diagnostic de la maladie de Bright, par Edes. (*Med. News*, 23 fév.)— Des principales causes de mort dans la néphrite interstitielle chronique, par Gaudefroy. (*Thèse de Paris*, 29 mars.) — De la mort subite par œdème cérébral chez les vieillards atteints de néphrite interstitielle, par Deschand. (*Thèse de Paris*, 29 mars.) — De la néphrite congestive aiguë infectieuse, par Renaut (*Gaz. médicale de Paris*, 26 avril. — Néphrite suppurée chez un sujet porteur d'un seul rein, anurie; mort, par Th. Wilmot. (*Brit. med. journ.*, p. 1014, nov. 1883.) — Du traitement des néphrites par la digitale, par Jaulin. (*Thèse de Paris*, 29 mai.) — Périnéphrite chronique. (*Union médicale*, 25 octobre 1883.) — Hydronéphrose, hypertrophie du ventricule gauche, par Weill. (*Lyon méd.*, 20 janv.) — Néphrotomie pour une pyélite, par Wright. (*Med News*, p. 5, 12 janv.) — Sur quelques formes cliniques et particulièrement sur les formes latentes du cancer rénal, par Patino Luna. (*Thèse de Paris*, 19 janv.)

Respiration. — Recherches sur l'intensité des phénomènes chroniques de la respiration dans les atmosphères suroxygénées, par de Saint-Martin. (*Acad. des sciences*, 28 janv.) — Étude graphique de la respiration chez l'homme à l'aide d'un nouveau pneumographe, par Bloch. (*C. R. de la soc. de biol.*, n° 12-7 avril 1883.)

Rétine. — Gliome de la rétine (2 obs.), par S. Snell. (*Ophth. soc.; Med. Times*, 22 mars, p. 401.) — Un cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine, par Hirschberg. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, janv.) — Note sur un cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine, par Pasluier. (*Bulletin médical du Nord*, octobre 1883.)

Rhumatisme. —Rhumatismes et pseudorhumatismes, par Henri Barth. (*Union médicale*, 22 déc. 1883.) — Observation de rhumatisme polyarticulaire à début exceptionnel et à complications viscérales multiples, par Renault. (*Union médicale*, 17 janvier.) — De la fréquence relative du rhumatisme articulaire aigu selon les saisons, par Gabbeth. (*Lancet*, 20 octobre 1883.) — Un cas de rhumatisme adynamique ressemblant à une septicémie, par Lithgow. (*Lancet*, 1er déc. 1883.) — Rhumatisme aigu et tuberculose, par Gordon Black. (*Lancet*, 22 septembre 1883.) — Des nodosités non érythémateuses chez les arthritiques, par L. Brocq. (*Journal de méd. de Paris*. 10 mars.) — Nodules sous-cutanés chez un adulte non rhumatisant, par K. Fowler. (*Clin. soc.*; *Med. Times*, 19 janv.) — Les nodosités et les tumeurs sous-cutanées d'origine rhumatismale, par A. Mossé. (*Gaz. hebdomad. sc. méd. Montpellier*, n° 51, 1883.) — De l'influence du traumatisme sur le rhumatisme articulaire et sur l'impaludisme, par Demoulin et Dutel. (*Gaz. méd. de Paris*, 22 mars.)

Roséole. — La rubéole, par R. Longuet. (*Union médicale*, 25 déc. 1883.) — A propos de la rubéole, par Trastour. (*Union médicale*, 12 janv.)

Rougeole. — De l'influence de la rougeole sur le développement et la marche des arthrites, par Jollet. (*Thèse de Paris*, 6 mars.)

S

Salivaire. — Tumeur sublinguale ; extraction d'un énorme calcul salivaire par incision directe sur la glande, par G. Mackern. (*Lancet*, 14 juillet 1883.)

Sang. — Du développement et de la coagulation du sang, par Norris. (*Lancet*, 28 juillet 1883.) — Hémoglobine dans le sang des crustacés branchiopodes, par Blanchard et Regnard. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, n° 10, 24 mars 1883.) — Action du plâtre et du charbon animal, sur le sérum du sang et le lait, par Bochefontaine et Marcus. (*Ibid.*, n° 6, 1883.) — Action du café sur la composition du sang, par Couty, Guimaraes et Niobey. (*Ibid.*, n° 31, 1883.) — Étude spectroscopique de l'action du nitrite de sodium sur le sang, par A. Hénocque. — (*Ibid.*, n° 39, 1883.) — Sur l'action du ferricyanure de potassium sur le sang. — (*Zeitschrift fur physiologische Chemie*, tome 8, p. 186.) — Expériences sur les substances toxiques ou médicamenteuses qui altèrent l'hémoglobine et particulièrement sur celles qui la transforment en méthémoglobine, par G. Hayem. (*Acad. des sciences*, 3 mars.)

Sarcome. — Sarcomatose cutanée généralisée ; troubles cérébraux oculaires et trophiques pouvant faire admettre une généralisation des néoplasmes dans les centres nerveux, asthénie cardiovasculaire terminale, par Dauchez et Legendre. (*France méd.*, 22 décembre 1883.)

Saturnisme. — Intoxication saturnine causée par l'usage prolongé de lotions à l'extrait de saturne et révélée par l'eau d'Enghien, par Ory. (*France méd.*, 10 novembre 1883.) — Intoxication saturnine par le tabac à priser, par Pauly, *Wien. med. Presse* n° 1, 1883.) — De la colique du Poitou considérée comme une intoxication saturnine, par Coutant. (*Thèse de Paris*, 17 mars.)

Scarlatine. — De la scarlatine, sa nature et son traitement, par Lediberden. (*Union médicale*, 20, 22 septembre 1883.) — Un cas d'urémie scarlatineuse guérie par la pilocarpine, par F. Shearar. (*Glasg. Med. Journ.*, p. 10.) — Scarlatine anomale, par Whelan. (*Lancet*, 3 novembre 1883.) — Deux cas de scarlatine mortelle chez de nouvelles accouchées, par Burgess. (*Lancet*, 25 août 1883.) — Un cas de scarlatine suivie d'une rechute complète, par Baud. (*Lancet*, 21 juillet 1883.) — L'épidémie de fièvre scarlatine en Norvège, par A. Johannessen. (*Christiania.*) — Deux cas de scarlatine maligne traités par le crotale, par J. Hayward. (*Lancet*, 14 juillet 1883.) — Pleurésie purulente scarlatineuse, empyème, formation d'abcès métastatiques, mort par Dauchez. (*Soc. anat.*, 29 juin 1883.) — Un cas d'urémie par néphrite scarlatineuse guérie par les injections hypodermiques de pilocarpine, par Semmola. (*Rivista clin. e terap.*, juin 1882). — Néphrite scarlatineuse survenue à la huitième semaine de la convalescence, par Gee. (*Brit. med.*; p. 875, novembre 1883.)

Scorbut. — Considérations sur l'étiologie et les affinités nosologiques du scorbut, par Lemarchand. (*Thèse de Paris*, 8 mai.)

Serpent. — Quelques recherches récentes sur le venin des serpents, par Weir Mitchell. (*Lancet*, 21 juillet 1883.) — Sur la nature du venin des serpents. (Revue intéressante sur les symptômes et le traitement des piqûres de serpents, par Joseph Fayrer. (*Brit. med. Journ.*, p. 205, février.) — Recherches anatomiques sur un cas de mort par morsure de vipère, par Romiti. (*Riv. clin. di Bol.* n° 1.) — Recherches anatomo-pathologiques sur le venin des serpents, par Urueta. (*Thèse de Paris*, 25 avril.)

Sommeil. — Sur la valeur séméiologique du rêve, par Artigues. (*Thèse de Paris*, 29 janvier.)

Spina-bifida. — Un cas de spina-bifida, par Whitehead. (*Med. Times*, p. 134,

26 janvier.) — Spina-bifida traité avec succès par l'injection iodée, par MARSHALL. (*Lancet*, 22 septembre 1883.)

Statistique. — Statistique médicale de la Russie ; par SNIGUIREFF. (*Woiénno médicin. Journal*, n° 1.)

Sueur. — Sueur ; physiologie, par François FRANCK ; pathologie par DU CAZAL. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. XIII, 1re part.) — Étude sur la sueur et la salive dans leurs rapports avec l'élimination, par BINET. (*Thèse de Paris*, 27 février.) — Suette par L. COLIN. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. XIII, 1re part.)

Syphilis. — Second rapport sur les progrès de la syphiliographie et l'étude des maladies vénériennes de l'année 1883 ; par SKOURKHOWITCH. (*Méd. Obosrénié*, n° 5.)—Fièvre syphilitique, par DUFLOCQ. (*France méd.*, 30 août 1883.) — Syphilis fébrile (pyrexie syphilitique), par BURNEY YEO. (*Med. Times*, p. 231, 16 février.) — De la syphilis du singe, par MARTINEAU. (*Soc. méd. des hôpit.*, 5 mars.) — Du cancer chez les syphilitiques ; de l'hybridité cancéro-syphilitique de la cavité buccale, par OZENNE. (*Thèse de Paris*, 22 janvier.) — Syphilis héréditaire tardive, par CASPARY. (*Deutsche med. Woch.*, n° 31, 1883.) — Des manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire, par BERNE. (*Thèse de Paris*, 8 février.) — Syphilis cérébrale, aphasie, gommes de l'écorce, par J. CURNOW. (*Med. Times*, 12 avril.) — Carie syphilitique de la table interne des os du crâne ; compression et déformation du cerveau, par OSLER. (*Med. News*, p. 25, 5 janvier.) — Des manifestations cliniques de la syphylis cérébrale, par H. WOOD. (*Boston med. Journ.*, 28 février.) — Syphilis tertiaire cérébrale, laryngée, rectale, par ROSS. (*Med. News*, 19 janvier, p. 81.) — De la névralgie sciatique dans la syphilis, par DUBOIS. (*Thèse de Paris*, 12 février.) — Tumeurs syphilitiques des méninges cérébrales, par ALTHAUS. (*Brit. med. Journ.*, p. 877, novembre 1883.) — Athétose à la suite d'une hémiplégie syphilitique, par ALTHAUS. (*Lancet*, 8 décembre 1883.) —Obs. de syphilis dans le cours de laquelle les doigts d'une main devinrent froids et livides ; artérite probable, par J. HUTCHINSON. (*Med. Times*, 15 mars.)— Gommes de la face interne des joues et de l'espace sublingual, par G. FISCHER. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, XIX, p. 127.) — Syphilide tuberculeuse de la face, par RAPHAEL. (*New York med. Journal*, 27 octobre 1883.) — Étude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille, consécutives à la syphilis héréditaire, par J. HUTCHINSON, traduit par HERMET. (In-8°, *Paris.*) — De la syphilis cornéenne, gomme de la cornée, par DÉNARIÉ. (*Thèse de Lyon*, 18 décembre 1883.)— Troubles oculaires de nature probablement syphilitique au début de la paralysie générale, par CHRISTIAN. (*Union médicale*, 13 avril.) — Chancre induré de la paupière supérieure, par A. ZABOLOTSKI. (*Méd. Obosrénié*, n° 5.) — De la syphilis de l'oreille, par JÉGU. (*Thèse de Paris*, 11 janvier.) — De la syphilis hépatique, par BOURRED. (*Thèse de Paris*, 6 juin.) — De l'épididymite syphilitique, par PASCOLI. (*Thèse de Paris*, 5 mars.) — Un cas d'ulcérations syphilitiques des intestins grêles chez un nourrisson, par W. IGNATIEFF. (*Méd. Obosrénié*, 1883, novembre.) — Myosite spécifique du gastrocnémien, par LANGE. (*Med. News*, p. 367, 29 mars.) — Tumeurs gommeuses des muscles, par DUNN. (*Lancet*, 24 novembre 1883.) — Des périostites gommeuses de l'omoplate, par FOLLIOT. (*Thèse de Paris*, 30 mai.) — Gommes syphilitiques et abcès froids, par TERRILLON. (*Progrès Médical*, 1er décembre 1883.) — Diagnostic et traitement de la syphilis, par DETMOLD. (*Med. News*, 8 mars, p. 287.)

T

Tabac. — L'usage du tabac chez les enfants, par Otis. (*Boston med. journ.*, 31 janv.) — Deux cas d'amblyopie due au tabac, par Buzzard. (*Lancet*, 14 juillet 1883.)

Tænia. — Présence simultanée de deux bothriocephalus latus et d'un tænia solium, par Brandt. (*Rousskaïa médicina*, n° 1.) — Développement du Tænia solium chez un jeune chien, sans l'intermédiaire de cysticerque, par Mégnin. (*C. R. de la Soc. de biol.*, n° 19. 12 mai 1883.) — La pelletiérine comme nouveau tænifuge, par Dickey. (*Med. News*, 29 mars.)

Taille. — Taille hypogastrique pratiquée avec succès, par Paquet. (*Bulletin médical du Nord*, décembre 1883.) — De la taille hypogastrique, par Golowatcheff (*Med. Obosrénié*, n° 1.) — Deux cas rares de taille périnéale, par Vincent. (*Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, mars.)

Teigne. — Note sur le traitement de la teigne tondante, par Ladreit de Lacharrière. (*Union médicale*, 5 janv.)— Du traitement de la teigne tondante, par Thomas (*Thèse de Paris*, 24 mai.)

Testicule. — De l'ectopie testiculaire inguinale, son traitement, par Barreau (*Thèse de Paris*, 5 janv.) — Traitement du varicocèle, application de la méthode antiseptique, par Vincent. (*Thèse de Paris*, 20 mars.) — Lymphadénome du testicule droit, castration, récidive à l'extrémité du cordon, par Ricard (*Soc. anat.*, 1er juin 1883.) — Epithélioma du scrotum chez un jeune homme de dix-huit ans, par Heath. (*Lancet*, 25 août 1883.)—Tuberculose testiculaire et castration, par Monod. (*Progrès médical*, 24 novembre 1883.) — Nouvel appareil pour la compression méthodique du testicule (sachets de caoutchouc lacés), par Corbett. (*Lancet*, 7 juillet 1883.) — Hydrocèle vaginale, déroulement de l'épididyme, corps flottants, par Reclus et Festal (*Soc. anat.*, 22 juin 1883.) — Sur le traitement de l'hydrocèle simple, par Renard. (*Thèse de Paris*, 13 mai.) — Remarque sur l'hydrocèle vaginale, avec analyse de cent cinquante observations, par Robert Abbe. (*New York med. Journal*, 22 décembre 1883.)

Tétanie. — De la tétanie, par Gowers. (*Lancet*, 21 juillet 1883.)

Tétanos. — Tétanos traumatique aigu, guérison; chloral et morphine, par Clavel. (*Arch. de méd. nav.*, n° 4, 1883.)

Thérapeutique. — Tendances de la thérapeutique, par Liebermeister. (*Berlin. klin. Woch.*, oct. 1883.) — Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1884, par E. Bouchut. (In-8°, 228 p., *Paris.*) — Notes de thérapeutique et de matière médicale, par Godin et Barberet, (In° 8°, 188 p., *Paris.*) — Recherches expérimentales sur l'emploi de la cantharide comme diurétique, par Bruen. (*Philad. med. Times*, 12 janvier.) — De l'action thérapeutique de la kairine, efficacité dans un cas de fièvre intermittente, par Cook. (*Med. News*, 22 mars.) — De la créosote en thérapeutique, par Maigret. (*Thèse de Paris*, 4 mars.) — La chinoline et sa valeur thérapeutique; par Soudéikine. (*Rousskaïa medicina*, n° 2.)

Thyroïde. — De l'endémicité du crétinisme et du goitre dans la province de

Turin, par GAMBA. (*Giorn. della R. Accad. di med. de Torino*, juillet 1883.) Notion commune à l'étude de l'étiologie du goitre et de la fièvre typhoïde, par DOREY. (*Thèse de Paris*, 8 mai.) — Bons effets des injections d'acide osmique dans un goitre, par L. SZUMAN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 15, p. 236, 14 avril.)—Goitre, extirpation, guérison, par PIERSON. (*Med. News*, 22 mars.) — Extirpation méthodique du goitre, par ZAMBIANCHI (*Annali univ. di med. e di chir.*) — Goitre exophtalmique avec cachexie; guérison, par EDWIN PAYNE. (*Lancet*, 29 septembre 1883.) — Sur le goitre exophtalmique, par GROS. (*Thèse de Paris*, 8 fév.)— Goitre exophtalmique avec manie, par JOHNSTONE. (*Journ. of mental science*, janvier.)—Trois cas de goitre exophtalmique, par STORY. (*Opht. Review*, mai 1883.)

Trachée. — Obstruction de la trachée, par une hypertrophie ganglionnaire, par MAKINS. (*Med. Times*, p. 403, 22 mars.) — Deux cas de sangsue dans la trachée; extirpation avec la pince, par FERNANDEZ et SANCHEZ. (*Rev. de med. y cirurg.*, 1883.) — Perforation de l'œsophage et passage dans la trachée d'un dentier avalé 15 ans auparavant, par CASTLE. (*Med. News*, 15 mars.)—Trachéotomie, ulcération et perforation de la trachée et du tronc brachio-céphalique; hémorragie mortelle, par d'HEILLY. (*Société med. des hôpit.*, 23 avril.)— La trachéotomie chez les enfants au-dessous de deux ans, par GUSTAV CHAYM. (*Thèse Berlin*, 1883.) — Deux trachéotomies avec difficultés dans l'ablation de la canule, par MENSEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 32, 1883.) — De la trachéotomie chez les tuberculeux, par GRÉGOIRE. (*Thèse de Paris*, 8 mai.)

Transfusion. — De la transfusion péritonéale, par G. HAYEM. (*Acad. des sciences*, 24 mars.) — De la transfusion du sang considérée comme moyen hémostatique, par HAYEM. (*Société méd. des hôpitaux*, 6 février.) — Transfusion expérimentale pratiquée sur des chiens, par EGERTON JENNYS. (*Lancet*, 1er sept. 1883.) — Transfuseur et transfusion, par DIEULAFOY. (*Bulletin soc. médicale des hôpitaux*, 6 février.) — Étude sur la transfusion du sang dans le mal de Bright, par DIEULAFOY. (*Bulletin de la Société méd. des hôpitaux*, 23 janvier.) — Étude sur la transfusion du sang dans le diabète sucré par DIEULAFOY. (*Bull. soc. méd. des hôpit.*, 6 février.)

Tremblement. — Guérison du tremblement par la vératrine, par FÉRIS. (*C. R. de la société de biol.*, n° 26, 1883.)— Action de certains poisons dans le tremblement toxique; équivalents physiologiques, par COUTY et GUIMARAÈS. (*C. R. de la société de biol.*, n° 26, 1883.)

Trépan. — Coup violent sur la tête; signes de compression cérébrale; trépanation; issue d'un épanchement séro-sanguin; guérison, par HOLK. (*Lancet*, 20 novembre 1883.)

Trichinose. — L'innocuité des viandes trichinées d'Amérique, par POUCHET. (*Revue scientif.* 1er mars.) — La trichine et la trichinose, par H. BARTH. (*Union médicale*, 8 avril.) — Nouvelle épidémie de trichinose aux sources du Jourdain, par WORTABET. (*Lancet*, 4 août 1883.)

Tuberculose. — Projet d'enquête, sur la contagiosité de la tuberculose, par VALLIN. (*Bull. société méd. des hôpitaux*, 6 février.) — Bacilles de la tuberculose et traitement de la phtisie, par JACCOUD. (*Gaz. des hôpit.*, 8 avril.) — Le bacille de la tuberculose. Étiologie de la phtisie pulmonaire, par F. FORMAD. (*Journ. of the American med. association*, 9 fév.) — Rapport des baciles de la tuberculose avec les surfaces tégumenteuses, par BABÈS. (*C. R. de la soc. de biol.*, n° 14, 7 avril 1883.) — Leçons sur le bacille de la tuberculose et ses relations avec la phtisie, par TH. WILLIAMS. (*Lan-*

cet, 28 juillet 1883.) — Le bacille de Koch au point de vue clinique, par Talamon. (*Arch. gén. de méd.*, fév.) — Contribution à l'histologie de la phtisie, par Mercur. (*Philad. med. Times*, 14 juillet 1883.)— La nature vivante de la contagion, contagiosité de la tuberculose, par H. Bouley (In-8°, *Paris.*) — État de la question de la tuberculose, par Wile. (*Philad. med. Times*, 16 juin 1883.) — Diagnostic précoce de la phtisie pulmonaire, par Grancher. (*Société méd. des hôpit.*, 9 avril.) — Conception moderne de la phtisie, Revue par Senise. (*Il Movimento med. chir. Napoli*, n° 4, 1883.) — Recherches sur la prophylaxie de la tuberculose, par Celli et Guarnieri. (*Arch. per le scienze medische*, VII, n° 3.) — Étude sur la phtisie professionnelle, par Ledermann. (*Thèse de Paris.*, fév.) — Débuts cérébraux précoces de la tuberculose chez l'adulte, par Daremberg. (*C. R. de la soc.de biol.*, n° 24, 1883.) — Quatre cas de phtisie pulmonaire consécutive à une attaque de rhumatisme articulaire aigu, par Austin. (*Lancet*, 7 juillet 1883.) — Ulcération tuberculeuses de la voûte palatine et des arcades dentaires, par Dujardin-Beaumetz. (*Union médicale*, 17 février.) — Ulcère tuberculeux de l'avant-bras, par Hanot. (*Société des hôpitaux*, 5 mars.) — De la tuberculose, péritonéo-pleurale subaiguë, par Fernet. (*Société méd. des hôpitaux*, 20 février.) — Ulcères tuberculeux de l'intestin, perforation, par Hughes (*Boston Med. Journ.*, p. 206, 28 fév.) — Tuberculose urinaire, par Féréol. (*Société méd. des hôpitaux*, 20 fév.) — Tuberculose secondaire de la vessie, de l'uretère, du rein et de la capsule surrénale, par Hughes. (*Boston med. journ.*, p. 207, 28 fév.) — Des tumeurs blanches et des abcès froids dans leurs rapports cliniques avec l'infection tuberculeuse, par Menard. (*Thèse de Paris*, 19 janv.) — De l'intervention chirurgicale dans le cas de tuberculoses externes, par Petitot. (*Thèse de Paris*, 16 fév.) — Étiologie et fréquence des tuberculoses osseuse et articulaire, par Sprengel. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 2, p. 30, 14 janvier.) — Prophylaxie et traitement de la tuberculose, par Förster. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 2, p. 30, 14 janv.) — Les moyens thérapeutiques externes dans la phtisie pulmonaire (application d'un corset tubulaire d'étain recouvert de flanelle qu'on imbibe d'eau chaude), par Mays. (*Med. News*, 8 mars.) — Leçon sur un cas de phtisie traité par des inhalations antiseptiques, par Burney Yeo. (*Brit. med. journal*, p. 43, janv.) — Essai sur la tuberculose pulmonaire dans ses rapports avec l'alimentation, par Le Brigant. (*Thèse de Paris*, 17 janvier.) — Etude sur l'arsenic et en particulier sur la valeur de ses préparations facilement solubles dans le traitement préservatif et curatif des maladies tuberculeuses, par Noskowski. (*Thèse de Lyon*, 30 nov. 1883.) — L'arsénication systématique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et la théorie de Buchner. (*Union médicale*, 8 janvier.)

Tumeurs. — Tumeurs malignes et parasitisme, par Buttin. (*Brit. med. Journ.*, p. 45, janv.) — De la résolution des tumeurs, par Caspary. (*Deutsche med. Woch.*, n° 27, 1883.)

Typhoïde (Fièvre). — Traité théorique et pratique de la fièvre typhoïde ou dothiénentérique; clinique médicale, tome III, par Gueneau de Mussy. (In-8°, *Paris.*) — L'étiologie de la fièvre typhoïde, par Janeway. (*Med. News*, 23 fév.) — Des changements anatomo-pathologiques des muscles dans la fièvre typhoïde, par Plouchévski. (*Woiénno medicin. Journ.*, n° 1.)— Epidémie de fièvre typhoïde propagée par l'intermédiaire du lait, par Ch. Green. (*Lancet*, 8 décembre 1883.) — Sur la genèse de la fièvre typhoïde au Cap par le fumier de vache, par Lawrence. (*Lancet*, 8 décembre 1883.) — Immunité des ouvriers en cuivre contre la fièvre typhoïde, par Burq. (*C. R. de la soc. de biol.*, n° 15, 1883.) — Plexus solaire dans la fièvre typhoïde par Leven. (*C. R. de la soc. de biol.*, n° 3, 1883.) — Des phénomènes

nerveux de la fièvre typhoïde, par RIBEROLLES. (*Thèse de Paris*, 21 mai.)— Un cas de pneumothorax dans le cours d'une fièvre typhoïde, par CAYLEY. (*Lancet*, 22 décembre 1883.) — Aphasie avec hémiplégie et anesthésie droites transitoires dans la fièvre typhoïde chez un garçon de 9 ans, par DUCLOUX. (*Gaz. hebdom. sc. méd. Montpel.*, n° 51, 1883.) — De l'aphasie transitoire de la fièvre typhoïde, par R. LONGUET. (*Union médicale*, 26-27 avril.) — Fièvre typhoïde avec parotidite suppurée, par BARRS. (*Med. Times*, 24 mai.) — Des hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde, par Mlle ISABEL LOWRY. (*Thèse de Paris*, 12 avril.) — Fièvre typhoïde associée au rhumatisme, par FINLAY. (*Clin. soc.; Med. Times*, 5 avril.) — Mort subite vers le dixième jour d'une fièvre typhoïde. Autopsie, par PICOT. (*Rev. de la Suisse romande*, avril.) — Mort subite dans la convalescence de la fièvre typhoïde; trois observations, par HILLER. (*Charité Annalen* VIII *Jahrgang*, p. 198.) — La kairine dans le typhus exanthématique, par W. SCHNAUBERT. (*Méd. Wiéstnik*, n° 10.) — Du traitement de la fièvre typhoïde par le froid (lettre à M. Germain Sée), par WINTERNITZ. (*Wien. med. Wesse*, n° 13, 1883.) — Note sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'application externe du froid, par FINLAY. (*Med. Times*, 1er mars.) — De l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde, par MENON. (*Thèse de Paris*, 3 avril.) — Remarques sur le traitement de la fièvre typhoïde, par les bains froids, par S. WEST. (*Med. Times*, 8 mars.) — Le traitement de la fièvre typhoïde, par G. PEABODY. (*Med. News*, 29 mars.)

Typhus. — Le typhus ou peste d'Athènes, par LALLOT. (*Thèse de Paris*, 31 mai.) — Transmission du typhus pétéchial par le lait de vache, par BROUSSILOWSKI. (*Vratch*, n° 2.)

U

Ulcère. — Du mal perforant, par MONOD. (*Progrès médical*, 5-12 janvier.)

Urètre. — Leçon sur le rétrécissement de l'urètre, par OTIS. (*Philadelphia med. Times*, 12 janv.) — Prolapsus de l'urètre, par DAY. (*Med. News* 5 avril.) — Rétrécissement de l'urètre: cathétérisme, accidents consécutifs, par VERNEUIL. (*Gaz. des hôpit.*, 24 avril.) — Abcès du tissu cellulaire consécutif à un débridement du méat urinaire, pyohémie, lésions rénales, par PICQUÉ. (*Soc. anat.*, 9 nov. 1883.) — Fistules de la portion pénienne de l'urètre, traitées avec succès par autoplastie, après ouverture d'une boutonnière au périnée, par CLUTTON. (*Lancet*, 8 décembre 1883.) — Fistule urètre prostatique périnéale et rectale, par RELIQUET. (*Union médicale*, 16 mars.) — Remarques sur la fièvre produite par le cathétérisme, par ANDREW CLARK. (*Brit. med. journ.*, p. 1221, déc. 1883.)— Moyen pratique de limiter les injections à l'urètre antérieur, par P. AUBERT. (*Lyon méd.*, 10 fév.) — Mort à la suite d'une urétrotomie interne, par GAY. (*Boston med. Journ.*, 3 janv.) — Un cas rare de chancre dans la profondeur de l'urètre, par A. GUÉ. (*Méd. Wiéstnik*, n° 18, 1884.)

Urine. — De la pyurie et de son traitement, par ULTZMANN. (*Wiener klinik.*, janv. et fév. 1883.) — Nouvel appareil pour le dosage de l'urée dans l'urine au moyen de l'hypobromite de soude, par GREENE. (*Philad. med. Times*, 12 janv.) — Recherches sur l'élimination de l'iodure de potassium par les urines, par VINCENT. (*Thèse de Lyon*, 9 nov. 1883.) — Des moyens de dé-

couvrir et de doser le sucre dans l'urine, par JOHNSON. (*Brit. med. Journ.*, p. 1, janv.) — Sur la proportion de phosphore incomplètement oxydé contenue dans l'urine, spécialement dans quelques états nerveux, par LÉPINE. (*Acad. des sciences*, 28 janvier.) — Un cas d'hématinurie alternant avec des urines chyleuses, par RALFE. (*Lancet*, 17 novembre 1883.) — Influence du citrate de fer sur l'émission journalière de l'urée par les urines chez l'homme, par FUBINI et SANTANGELO LA SETA. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, septembre 1883.) — Influence de l'iodoforme sur l'émission journalière de l'urée par les urines chez l'homme, par FUBINI ET SPALLITTA. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, septembre 1883.) — De la rétention passagère des urines à la suite des opérations, par DESVERGNES. (*Thèse de Paris*, 28 fév.) — De la distribution géographique des calculs urinaires, recherche des causes, par REYES. (*Med. News*, 1er mars.) — L'acide borique et ses applications thérapeutiques, par BAUMFELD. (*Thèse de Paris*, 30 janv.)

Urticaire. — Leçon sur l'urticaire, par M. CALL ANDERSON. (*Brit. med. journ.* p. 1107, déc. 1883.)

Utérus. — Des centres nerveux présidant aux contractions de l'utérus, par KURZ. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 43, 1883.) — Recherches expérimentales sur la question de l'indépendance des contractions utérines du système nerveux cérébrospinal, par J. DEMBS. (*Thèse, Saint-Pétersbourg*, 1883.) — Contribution à la pathologie de l'hydro- et de la pyosalpyngite, par FOWLER. (*Med. Times*, 3 mai.) — Nouvelle opération pour la réduction de l'inversion chronique de l'utérus, par BROWNE. (*New York med. Journal*, 24 novembre 1883.) — Note sur les lésions des organes urinaires consécutives à la chute de l'utérus, par FÉRÉ. (*Progrès médical*, 12 janvier.) — Elytrorraphie médiane ou elytrocléisis partialis mediana du docteur Neubauer comme moyen de traitement opératoire du prolapsus utérus complet, par A. SOKOLOFF. (In-8°, 19 p., *Paris*.) — Traitement de la rétroversion utérine avec adhérences, par ELLIOT. (*Boston med. Journ.*, 28 fév.) — Aménorrhée due à l'absence de l'utérus, par VAN GEZZEL. (*Lancet*, 29 sept. 1883.) — Un cas d'utérus bicorne, par HOMANS. (*Lancet*, 3 nov. 1883.) — Deux cas de rupture de l'utérus avec réflexions sur l'abus de l'ergot de seigle dans la pratique obstétricale, par ENGELMANN. (*Med. News*, 5 avril.) — Cas montrant l'utilité de l'examen microscopique pour le diagnostic du cancer du corps de l'utérus, par C. RUGE. (*Berlin. klin., Woch.*, n° 2, p. 27, 14 janv.) — De l'hydrorrhée et de sa valeur séméiologique dans le cancer de l'utérus, par Mlle CONTZARIDE. (*Thèse de Paris*, 5 juin.) — Etude statistique sur les complications du cancer de l'utérus, d'après 51 autopsies faites à la Salpétrière dans les années 1881-82-83, par FÉRÉ et CARON. (*Progrès médical*, 29 septembre 1883.) — Du cancer du col de l'utérus, par TERRILLON. (*Progrès médical*, 16 fév.) — Tumeur fibro-kystique de l'utérus, insérée sur le fond de la matrice, par SCHWARTZ. (*Rev. de chir.*, avril.) — Guérison complète d'un polype fibreux de l'utérus par des injections hypodermiques d'ergotine, par I. LWOFF. (*Med. Wiéstnik*, n° 9.) — Fibrome utérin opéré par la voie abdominale, par CRAWFORD RENTON. (*Lancet*, 6 octobre 1883.) — Du sphacèle des fibro-myomes utérins, par WEISS. (*Gaz. des hôpit.*, 27 mars.) — Tumeur fibro-kystique de l'utérus, gastrotomie, mort, par PHILIPPART. (*Bulletin médical du Nord*, sept. 1883.) — De la lésion des uretères dans les hystérectomies et les opérations analogues, par FOLET. (*Bulletin médical du Nord*, nov. 1883.) — Indications de l'hystérectomie, par POLK. (*New York med. Journal*, 25 août 1883.) — Drainage de l'utérus en dehors de la période puerpérale avec des faisceaux de fils de verre, par SCHWARZ. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 13, 1883.) — Tumeur échynocoque de l'utérus gravide, perforation

de la tête du fétus avec cranioclasie, guérison, par GINZBOURG. (*Méd. Obosrénié*, n° 6.)

V

Vaccin. — Des rapports entre la vaccine et certaines maladies de peau, par MOULINET. (*Thèse Paris*, 30 mai.) — Rapport sur la revaccination obligatoire dans les lycées et les collèges, par DUMONTPALLIER. (*Bull. de la Soc. des hôpit.*, 23 janv.) — La vaccination obligatoire, par HAGER. (*Deustche med. Woch.*, n° 33, 1883.)

Vagin. — Un cas d'inflammation croupale du vagin, par I. LWOFF. (*Méd. Wiéstnik*, n° 12.) — De la vaginite et de son traitement par des applications locales de copahu, par BARATIER. (*Thèse de Paris*, 22 mars.) — Vaginite et vulvite, leçon par SKENE. (*Med. News*, 12 janv.) — Granulome du vagin chez une femme enceinte, par S. BASKINE. (*Méd. Wiéstnik*, n° 12.) — Un cas d'atrésie vaginale transverse congénitale, par I. DÉMBO. (*Méd. Wiéstnik*, n°s 2 et 3.)

Variole. — Examen de la théorie de la contagion par l'air de la variole, par MAKUNA. (*Med. Times*, 17 mai.) — Statistique de 3 épidémies de variole, à ESSEN, en 1866, 1871 et 1881, par WEHL. (*Deustche med. Woch*, n° 47, 1883.) — Sur quelques troubles nerveux consécutifs à la variole, par QUINQUAUD. (*L'Encéphale*, janv.) — Note sur le traitement de la variole par le badigeonnage avec la teinture d'iode glycérinée, par PROCH. (*Lyon méd.* 3 fév.) — Variole simple. Injection sous-cutanée d'éther, paralysie consécutive du membre inférieur droit, par CHARPENTIER. (*Union médicale*, 2 mars.)

Veine. — De la thrombose et des conditions qui favorisent son développement, par BROCKWAY. (*Boston med. journ.*, 17 janv.) — De la phlébite rhumatismale, par SCHMITT. (*Thèse de Paris*, 14 fév.) — Thrombose de la veine cave inférieure, par MOULLIN. (*Med. Times*, p. 298, mars.) — De la phlegmatia alba dolens, par de BRUN. (*Thèse de Paris*, 16 fév.) — Varices de la région hypogastrique, par TROISIER. (*Soc. méd. des hôpit.*, 23 avril.) — Cure radicale du varicocèle par l'excision du plexus veineux, par BOENNING. (*Philad. med. Times*, 14 juillet 1883.)

Vessie. — Sur les troubles de la miction dans les maladies du système nerveux, par GEFFRIER. (*Thèse de Paris*, 11 janv.) — Traitement de la cystite chronique des femmes, par STRUPPI. (*Wien. med. Presse*, n° 8, 1883.) — Etude sur les cystites, par HACHE. (*Thèse de Paris*, 10 mars.) — Cystotomie dans un cas de cystite subaiguë, par ELDER. (*Lancet*, 7 juillet 1883.) — Observation sur la situation de la vessie dans les premiers mois de la grossesse, par HALLIDAY CROOM. (*Edinb. med. Journ.*, p. 882, avril 1883.) — Sphacèle de la vessie chez un diabétique, par TRONCHET. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 janv.) — Formation de concrétions urinaires après la résection partielle des parois de la vessie, par N. ZNAMENSKI. (*Obosrénié*, n° 4.) — De l'exploration digitale de la vessie dans les maladies d'un diagnostic obscur; résultats dans 32 cas, par THOMPSON. (*Med. News*, 5 janv.) — Deux observations de calculs traités l'un par la lithotritie rapide, l'autre par la taille périnéale médiobilatérale, par DELAFOSSE. (*Union médicale*, 13 mars.) — Traitement chirurgical des tumeurs vésicales et des autres affections obs-

cures de la vessie, par WHITEHEAD et POLLARD. (*Lancet*, 6 octobre 1883.) — Sur l'extraction des sondes tombées dans la vessie, par BIRABEAU. (*Thèse de Paris*, 4 avril.) — Deux cas de rupture de la vessie, par MORRIS. (*Lancet*, 7 juillet 1883.) — De la résection partielle de la paroi de la vessie urinaire, par N. ZNAMENSKI. (*Méd. Obosrénié*, nº 2.) — De la rupture de la vessie, par RIVINGTON. (In-8º, *Londres*.) — Un cas de fistule iléovésicale, par POSSADSKI. (*Iégénéd. klin. Gazeta*, nº 1.) — Fistules vésico-vaginales et vésico-utéro-vaginales, par DUBRUEIL. (*Gaz. méd. de Paris*, 5 avril.) — Fistule vésico-vaginale, formation d'un calcul volumineux dans le sac vésico-vaginal à la suite de l'occlusion opératoire du vagin, par NEUGEBAUER. (*Cent. f. Gynæk.* nº 9, 1883.) — De l'occlusion génitale dans les fistules vésico-vaginales compliquées, par RICHELOT. (*Union médicale*, 13 novembre 1883.)

Vin. — De l'influence du plâtrage sur la composition et les caractères chimiques du vin, par MAGNIER DE LA SOURCE. (*Acad. des sciences*, 14 janv.)

Vulve. — Un cas d'inflammation de l'hymen, par I. LWOFF. (*Méd. Wiéstnik*, nº 4.)

X

Xanthélasma. — Xanthélasma congénital, par BARLOW. (*Med. Times*, p. 709, 24 mai.)

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Experimentelle Beiträge zur Kentniss der Pyramiden-und Schleifenbahn (Recherches expérimentales sur les pyramides et le ruban de Reil), par von MONAKOW (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 5, *p.* 129, et *n°* 6, *p.* 157, 15 *mars et* 1er *avril* 1884).

Les expériences de von Monakow ont porté sur des chevaux, des chats et des lapins, chez lesquels il déterminait des atrophies, par la destruction de certaines régions encéphaliques. Voici les principaux résultats auxquels il a été amené :

La circonvolution sigmoïde fournit un grand nombre, mais non pas la totalité des *fibres pyramidales*.

Il est vraisemblable que, chez l'homme aussi, les circonvolutions frontales participent à la formation des pyramides, d'autant mieux qu'on n'observe qu'une dégénération descendante partielle après la perte totale des circonvolutions centrales où Charcot et Flechsig veulent limiter l'origine des pyramides.

Dans leur trajet à la partie interne des pédoncules cérébraux, les fibres pyramidales sont accompagnées de faisceaux provenant d'origines diverses. Le faisceau associé le plus important vient du corps strié. A la partie la plus interne, se trouve un petit faisceau venu du lobe olfactif. Un troisième faisceau provenant de l'écorce cérébrale a des relations avec les cellules de la substance noire. Enfin, on trouve encore, accompagnant les pyramides, des fibres dont von Monakow n'a pu déceler l'origine.

A partir du corps trapézoïde, toutes les fibres étrangères aux pyramides les ont quittées.

Chez le chat, l'entre-croisement des pyramides est complet.

Contrairement à Flechsig et à la majorité des auteurs, von Monakow a vu, chez le chat et le lapin, les fibres pyramidales entrer en connexion avec les cellules ganglionnaires des prolongements gris réticulaires situés à la limite du bulbe et de la moelle, dans la substance blanche placée entre les cornes antérieures et postérieures. Mais von Monakow

se sépare de Deiters, en ce qu'il n'admet cette terminaison des pyramides dans les processus réticulaires que pour une partie des fibres.

D'autre part, il n'a pas vu, comme Flechsig, que les fibres des pyramides se terminent dans les cellules ganglionnaires des cornes antérieures.

L'étude du *ruban de Reil* est beaucoup plus aisée chez le chat, parce que les faisceaux de fibres sont plus développés que chez le lapin.

Von Monakow, laissant de côté les fibres du ruban provenant de la coiffe pédonculaire, ne s'est attaché à étudier que celles originaires de la substance corticale du cerveau.

Les fibres du ruban de Reil venues de l'écorce du lobe pariétal se rendent très vraisemblablement, par l'intermédiaire des cellules des noyaux externe et postérieur de la couche optique, dans la substance blanche dorsale de la région sous-thalamique. A partir de ce point, on ne peut plus, que par voie expérimentale, les distinguer des autres faisceaux de fibres du ruban qu'elles constituent. Conservant toujours la même direction, les fibres corticales du ruban, arrivées au niveau du corps trapézoïde, commencent à s'entre-croiser. Mais leur décussation principale a lieu sur le plan inférieur des olives inférieures. Ensuite, on les retrouve sous forme de fibres circulaires dans le noyau des cordons grêles.

Il est extrêmement probable que les fibres du ruban de Reil, originaires de la substance corticale du cerveau, représentent une voie de transmission centripète. J. B.

De la névroglie, par F. RANVIER (*Archives de physiologie, février* 1883).

Les histologistes ne sont nullement d'accord sur la structure de la névroglie. Pour Gerlach, elle est constituée par des fibres identiques ou analogues aux fibres élastiques ; pour Schwalbe, par des cellules lymphatiques migratrices : pour Deiters, Boll et Golgi, par des cellules ramifiées d'une nature spéciale ; pour Henle et Merckel, enfin, elle ne diffère point du tissu conjonctif ordinaire.

Dans une note qu'il a communiquée en 1873 à l'Académie des sciences, M. Ranvier a soutenu que la névroglie de la moelle est formée de fibres de toute longueur s'entre-croisant en certains points au niveau desquels se trouvent des cellules généralement aplaties ; ayant repris dernièrement l'étude de la névroglie, il est arrivé à la connaissance d'un certain nombre de faits, qui amèneront sans doute une entente définitive sur sa constitution.

M. Ranvier a tout d'abord confirmé ses premières observations, et vérifié ensuite celles de Deiters, Boll et Golgi. Afin d'expliquer et de concilier les résultats en apparence contradictoires auxquels ces auteurs, d'une part, et lui-même, de l'autre, sont parvenus, il a eu recours à une méthode qui consiste dans l'emploi successif de deux réactifs, dont l'un produit un certain degré de dissociation, et dont l'autre fixe définitivement les tissus modifiés par le premier. A l'aide de ce procédé, l'on peut s'assurer sur la moelle du bœuf ou du chien que les fibres névrogliques ne sont pas de simples prolongements des cellules, car on peut les suivre au sein des cellules elles-mêmes, dans le protoplasma desquelles elles sont simplement noyées.

Pour saisir la signification morphologique des cellules et des fibres de la névroglie, il faut les comparer aux cellules de soutènement des organes des sens, celles de la rétine par exemple. Les cellules de soutènement de la rétine, fibres de Müller, possèdent une partie fibreuse qui traverse la membrane suivant une direction perpendiculaire à sa surface, et une masse de protoplasma latérale, dans laquelle un noyau est compris. Ces cellules ont eu à l'origine une constitution homogène. Il s'y est donc produit une différenciation en vertu de laquelle une partie de leur protoplasma s'est transformée en fibre. De même que les fibres de Müller, et ainsi qu'on peut s'en assurer sur des embryons, les cellules étoilées de la névroglie ont à l'origine une constitution homogène ; de même aussi, elles subissent ultérieurement une différenciation, en vertu de laquelle leurs prolongements protoplasmiques se transforment en fibres. Cependant, les cellules de la névroglie du cerveau de l'adulte font exception à cette loi d'évolution, leurs prolongements ne forment pas des fibres véritables et conservent la constitution du protoplasma des cellules.

Les cellules de la névroglie sont donc traversées comme les cellules nerveuses (Schultze) par des fibres qui conservent leur individualité. De plus, elles subissent sous l'influence de la putréfaction cadavérique des altérations qui rappellent la transformation variqueuse des fibres nerveuses élémentaires et de nombre de cylindre-axes. Bien qu'elles arrivent à avoir une signification physiologique absolument différente, les cellules nerveuses et les cellules névrogliques conservent donc dans leur structure certains points qui trahissent leur développement commun aux dépens du nevro-épithélium primitif. V. HANOT.

Ueber ein Endothelial-Element der Nervenprimitivscheide (d'un élément endothélial de la gaine primitive des nerfs), par A. GRUENHAGEN (*Archiv. f. mikr. Anat., Band XXIII, Heft* 3, 1884).

Lorsque après avoir dissocié un fragment du grand sciatique de la grenouille on le traite par le nitrate d'argent et l'alcool absolu, il est facile de constater les particularités suivantes.

Au niveau des noyaux de la gaine de Schwann, la fibre nerveuse primitive présente des renflements caractéristiques, allongés, fusiformes. Du côté du cylindre-axe (dont les bords paraissent souvent dentelés) le nitrate d'argent dessine des contours de cellule, isole du reste du contenu de la gaine. Cet ensemble de noyaux et de corps cellulaires donnent l'image de plaques endothéliales. D'autre part, les segments internucléaires de la gaine de Schwann sont également décomposables en éléments semblables.

L'auteur n'est pas éloigné d'admettre que la gaine nerveuse primitive aurait une structure analogue à celle des capillaires sanguins. ASSAKY.

L'anatomie d'un embryon humain d'un peu plus de 3 semaines, par Hermann FOL (*Revue médicale de la Suisse romande, IV,* 177, *avril* 1884).

Cet embryon, long de $5^{mm},6$, âgé d'environ 25 jours, vient combler la lacune qui subsistait entre les embryons de 4 millimètres et ceux de 7.

Fol en a fait 164 coupes parallèles de 1/50 de millimètre d'épaisseur et leur reconstruction a nécessité plusieurs mois d'un travail assidu.

Renvoyant pour la description complète à l'original, qui est accompagné de nombreuses planches, nous ne pouvons que signaler les points où Fol se trouve en désaccord avec ses devanciers, dont les études ont d'ailleurs porté sur des embryons plus jeunes ou plus âgés. Les divergences sont relatives aux fentes branchiales, à la glande thyroïde, au pancréas, aux uretères et au système veineux.

Les fentes branchiales ne sont ouvertes qu'en très petite partie. Elles se composent d'une poche endodermique et d'un sillon d'ectoderme qui vient à sa rencontre et se met en contact avec la portion la plus saillante de la poche.

La première fente est comprise entre l'arc maxillaire et l'arc hyoïdien. C'est la fente hyo-mandibulaire, peu profonde, homologue du spiracle que les requins présentent en avant des branchies proprement dites.

La deuxième fente, dite hyo-branchiale, s'étend jusque près de la surface externe du cou.

La troisième, comprise entre les arcs 3 et 4, est la seconde des vraies fentes branchiales.

La quatrième ne mérite pas le nom de fente chez l'embryon humain, car la poche endodermique et le sillon d'ectoderme sont séparés sur toute leur longueur par du tissu mésodermique. Ici les poches de l'endoderme sont très profondes, descendent très bas sur les côtés de la trachée et donnent naissance, ainsi que l'a dit Born (*R. S. M.*, XXII, 420) au thymus.

Fol place l'origine de la glande thyroïde dans une vésicule creuse, située vers le bord postérieur de l'arc maxillaire, c'est-à-dire en avant du point où His la suppose.

Le pancréas, contrairement à His, qui ne l'a pas vu chez un embryon de 7 millimètres, est déjà reconnaissable sous forme d'un branchement en cul-de-sac partant de l'intestin et se dirigeant vers le côté dorsal de l'embryon.

Les canaux de Wolff viennent déboucher dans les parties latérales du cloaque, plus près de la partie ventrale que de la dorsale, et non à la portion dorsale du cloaque, comme on l'admet. Ce fait explique pourquoi les uretères qui leur succèdent se trouvent appartenir à la vessie.

Il n'existe, à cette époque, que deux arcs aortiques, devant porter les nos 3 et 4 ; le premier correspond au troisième arc pharyngien, ou premier arc branchial.

Les veines ombilicales, après de nombreuses flexuosités, viennent déboucher dans des sinus du foie, avant de se rendre au cœur. Elles sont logées dans un épaississement de la paroi latérale du corps, formant un bourrelet soudé avec la glande hépatique.

La veine vitello-intestinale ou omphalique, après avoir accompagné le canal du même nom, décrit une spirale autour du côté gauche de l'intestin grêle, passe derrière son bord dorsal et finit par se jeter à droite dans un des sinus sanguins du foie. Une autre veine, plus petite et beaucoup plus courte, mais parfaitement symétrique, vient s'unir à elle, en remontant le côté droit de l'intestin.

En résumé, tout le sang qui revient de la moitié inférieure du corps

traverse le tissu hépatique avant d'arriver au cœur, tandis que le sang qui revient des parties latérales et antérieures de l'embryon se déverse directement dans l'oreillette unique, sans passer par le foie. J. B.

Sur la préformation du squelette de la face, par HERVÉ (*Soc. de biol.*, 9 *février* 1884, *et Trib. méd.*, 17 *février* 1884).

D'après l'auteur, qui s'appuie sur des pièces microscopiques qu'il présente à la Société de Biologie, le squelette de la face est préformé à l'état cartilagineux. De l'exposé de ses études, il conclut que le squelette de la base du crâne et le squelette facial se développent suivant le même processus ostéogénique ; la seule différence est que dans le premier cas l'os se dépose à l'intérieur du cartilage, et dans le second à sa surface.

OZENNE.

Beiträge zur Anatomie des Kehlkopfs (Contribution à l'anatomie du larynx), par N. SIMANOWSKY (*Archiv f. mikrosk. Anatomie, Band XXII, Heft* 4, 1883).

Les cordes vocales supérieures contiennent des faisceaux musculaires qui s'insèrent en arrière sur les parties latérales et externes des cartilages arythénoïdes et qui vont se fixer en avant, à la base de l'épiglotte ; leur contraction a pour effet de dilater le ventricule de Morgagni et d'agir par suite en modifiant la résonance du larynx. Ces muscles ne sont qu'incomplètement développés chez la femme ; ils offrent, chez elle, l'apparence qu'ils possèdent chez les enfants.

Les nerfs laryngés de l'homme se terminent dans l'épithélium des cordes vocales inférieures par des organes spéciaux, renflés, piriformes, analogues à ceux qui ont été décrits dans la muqueuse laryngée du chien. On trouve, en outre, chez l'homme des filets nerveux dont les dernières ramifications vont se perdre dans l'épithélium laryngé, et qui rappellent, par leur disposition, celle des nerfs de la cornée. Chez les chiens et les lapins il existe un troisième mode de terminaison : le nerf se divise en un bouquet de ramifications, l'organe nerveux terminal est en forme de pinceau. ASSAKY.

Ueber die Regeneration des Epithels der wahren Stimmenbänder (De la régénération de l'épithélium des vraies cordes vocales), par N. SIMANOWSKY (*Arch. f. mikr. Anat., Band XXII, Heft* 4, 1883).

La régénération de l'épithélium des cordes vocales inférieures a lieu par prolifération des couches épithéliales profondes. Pendant cette division des cellules cylindriques, on n'observe que deux figures kariokinétiques. Tantôt le noyau des cellules prend une forme de bâtonnet muni de nombreux prolongements latéraux, tantôt il se présente sous forme de deux croissants se regardant par leurs convexités, également munis de prolongements.

Lorsque les cordes vocales ont été irritées ou enflammées artificiellement cette prolifération ne reste pas limitée, elle s'étend en profondeur et en largeur et peut même atteindre l'épiglotte. ASSAKY.

Histologische Notizen (Notes d'histologie), par KÖNIGSTEIN (*Arch. f. Ophtalmol., Band XXX, Abth.* 1).

1° Développement des cils et des glandes de Meibomius.

Les recherches antérieures d'Ewetsky avaient été faites sur des embryons de bêtes à cornes ; Königstein a fait les siennes sur des embryons humains. Déjà chez un embryon pesant 25 grammes, on peut reconnaître les premiers vestiges des cils, tandis que les glandes de Meibomius ne se voient d'abord que chez un embryon de 37 grammes. Les cils bien formés avec leurs glandes se voient lorsque l'embryon pèse 100 grammes, et les glandes meiboniennes chez celui de 268 grammes. A 360 grammes (6 mois environ), la formation de ces organes est complète, et la fente palpébrale commence à s'accentuer.

2° Développement de l'œil chez l'embryon.

A l'aide de mensurations, l'auteur a déterminé la distance du nerf optique à la cornée, au niveau du plus grand diamètre de l'œil; il a cherché aussi à établir la largeur de la cornée, le diamètre de l'œil, etc.; les résultats ont été assez constants. ROHMER.

Le muscle presternal et sa signification anatomique, par L. TESTUT (*Journal de l'anat. et de la physiologie, janvier* 1884).

Ce muscle anormal ou surnuméraire, situé en avant du sternum et du grand pectoral, se trouve rapporté environ 120 fois dans la littérature anatomique ; l'auteur l'a, pour sa part, rencontré 5 fois. Presque toujours rubané, parfois cylindrique ou fusiforme, charnu à sa partie moyenne, tendineux à ses deux extrémités, il présente en haut des rapports intimes avec le tendon du sterno-mastoïdien, tandis qu'en bas il s'attache soit sur les dernières côtes, soit sur l'aponévrose du grand oblique. Il peut être double ou unique; dans ce dernier cas il est situé d'un seul côté de la ligne médiane (plus souvent à droite qu'à gauche), ou bien il croise cette ligne en diagonale, appartenant ainsi à la fois aux deux moitiés du corps. Rencontré en moyenne 33 fois sur 920 sujets, c'est-à-dire dans une proportion centésimale de 3 1/2, ce muscle représenterait une anomalie reversive; mais c'est à tort qu'il a reçu le nom de *sternalis brutarum*, car jusqu'à présent il n'a été constaté sur aucun mammifère. Il faut, pour le retrouver, descendre très bas dans la série zoologique, jusque chez les reptiles, puisque c'est seulement chez les serpents qu'on voit les fibres antérieures du grand oblique de l'abdomen remonter prendre leur attache jusque sur l'apophyse mastoïde.

M. DUVAL.

Untersuchungen über Entwickelung und Regeneration der Sehnen (Recherches sur le développement et la régénération des tendons), par A. BELTZOW (*Arch. f. mikr. Anat., Band XXII, Heft.* 4, 1883).

Lorsque après incision les extrémités divisées du tendon ne subissent pas un écartement trop considérable, la réunion s'opère aux frais des cellules tendineuses seules, sans participation apparente des vaisseaux. Lorsque, au contraire, les bouts sont très éloignés, le tissu cellulaire ambiant prend part à la régénération, qui a lieu par formation de bourgeons charnus. Les fibres tendineuses préexistantes ne prennent aucune

part à la cicatrisation. Les nouvelles fibres tendineuses ont une origine probablement cellulaire; elles se placent, elles pénètrent entre les anciennes fibres et finissent par avoir une structure presque identique à celle de ces dernières. Cependant, au point de vue physiologique, la portion régénérée des tendons partage les propriétés des tissus de cicatrice. Il n'y a donc pas à proprement parler de régénération du tissu tendineux. ASSAKY.

Beitrag zu den Abnormitäten der arteriellen Gefässe (Contribution aux anomalies artérielles), par HOLL (*Wien. med. Jahrbücher, Heft* 4, *p.* 513, 1882).

Voici la description de deux anomalies se rapportant, l'une aux artères de la face postérieure de la jambe, l'autre à une circonflexe axillaire supplémentaire.

1° Chez un adulte, on voit l'artère poplitée gauche, après avoir fourni la tibiale antérieure, se diviser en deux branches de dimensions inégales : l'une volumineuse, latérale, la péronière; l'autre petite, située sur la ligne médiane, la tibiale postérieure. La tibiale conserve son trajet habituel; quant à la péronière, son premier segment repose sur le muscle tibial postérieur, son second segment pénètre dans le canal musculo-péronier et abandonne, un peu au-dessous du milieu de la jambe, une branche qui passe entre le long fléchisseur du gros orteil et le péroné, contourne cet os et se place à la face antérieure du ligament interosseux, pour mourir au voisinage de l'articulation du cou-de-pied, remplaçant ainsi la perforante péronière. Plus bas, la péronière s'anastomose avec la tibiale postérieure, et forme avec elle un tronc unique, long seulement d'un centimètre, qui se divise à son tour en deux branches inégales parallèles; au-dessous de la malléole interne, ces deux branches se réunissent encore et le tronc qui en résulte se divise immédiatement en plantaire externe et plantaire interne.

Cette anomalie aurait pour effet de rendre inutile la ligature de la tibiale postérieure au-dessus de la malléole en cas d'hémorragie de la plante du pied, puisque sa collatérale continuerait à alimenter les artères plantaires.

2° L'artère axillaire droite d'un adulte fournit, à côté des deux circonflexes normales et à un centimètre au-dessous de l'antérieure, une circonflexe accessoire ayant la dimension d'une petite radiale et destinée à pourvoir seule à la nutrition de la portion claviculaire du deltoïde. Elle s'anastomose par une branche située au-dessous de ce muscle avec la circonflexe postérieure, et de cette anastomose naît une branche qui s'unit au rameau deltoïdien de l'acromio-thoracique. L. GALLIARD.

Ueber die Entwickelung der menschlichen-Eierstöcke (Du développement de l'ovaire humain), par H. MEYER (*Archiv. für Gynækologie, Band XXIII, Heft* 2).

Les recherches de l'auteur ont porté sur 8 ovaires appartenant à l'espèce humaine. Ces ovaires avaient été fournis par des fœtus de 10, 14, 16, 24 et 36 semaines et par une enfant nouveau-née, une fille âgée de 3 jours et une autre âgée de 21 mois.

Le développement de l'ovaire commence de la 6e à la 10e semaine.

Deux éléments y prennent part : le tissu connectif ou stroma sous-jacent à l'épithélium germinatif, et l'épithélium germinatif. L'épithélium germinatif est, à cette époque de la vie intra-utérine, le siège d'une prolifération active ; au fur et à mesure que ses cellules se multiplient, elles sont englobées, encapsulées par les prolongements qu'envoie en tous sens le stroma sous-jacent. Ces prolongements qui, dans l'origine, sont en grande partie dirigés du centre vers la périphérie, de manière à former comme des tubes allongés (tubes de Pflüger), ne tardent pas à pousser des prolongements secondaires qui séparent en groupes plus petits les rangées cellulaires provenant de l'épithélium germinatif. La prolifération cellulaire de l'épithélium germinatif ne tarde pas à s'arrêter à la surface de l'ovaire ; et cet épithélium, qui, à l'origine, est formé par plusieurs couches de cellules superposées, est remplacé par l'épithélium propre de l'ovaire, à une seule couche de cellules cylindriques courtes. Les cellules qui proviennent de l'épithélium germinatif forment deux catégories bien distinctes : au début, toutes les cellules qui constituent cet épithélium sont de belles cellules sphériques à peu près d'égale grosseur. Mais bientôt on remarque qu'un certain nombre d'entre elles dépassent les autres par leur volume : elles s'en distinguent non seulement par leur volume, mais par leur structure : elles sont riches en protoplasma, elles ont un beau noyau volumineux et des nucléoles brillants, tandis que les petites cellules sont pendant longtemps dépourvues de protoplasma. Les grosses cellules deviendront des ovules ; les petites formeront l'épithélium du follicule. L'auteur adopte donc la thèse de Waldeyer qui fait dériver de l'épithélium germinatif les ovules et l'épithélium folliculaire. Ce n'est qu'au moment de la naissance que cesse complètement la production d'ovules à la surface et que l'épithélium germinatif est entièrement remplacé par l'épithélium propre de l'ovaire. Le stroma, qui, au début, ne séparait les groupes cellulaires que par des mailles ouvertes en tous sens, finit par constituer autour de chaque groupe cellulaire une enveloppe complètement fermée, une véritable alvéole : le follicule est alors constitué.

Outre la formation des ovules qui se produit à la surface de l'ovaire pendant la vie intra-utérine, et commence à s'arrêter vers le 7° mois, l'auteur admet la production des ovules à l'intérieur de l'ovaire par scissiparité et gemmiparité. Mais ce deuxième mode de production n'est pour lui qu'une hypothèse dont il n'a pu saisir la preuve.

Les tubes de Pflüger ne sont pour l'auteur que le résultat accidentel du mode de production des cloisonnements partant du stroma central et se dirigeant vers la périphérie. Il n'y a pas comme on l'a dit invagination de l'épithélium ; ce sont les prolongements du stroma qui en se réunissant, s'anastomosant, englobent les productions cellulaires de l'épithélium germinatif.

L'auteur est arrivé avec de très grandes difficultés à isoler un filet nerveux : il a suivi deux des fibrilles terminales jusqu'aux noyaux cellulaires dans lesquels ils se perdaient : il n'a pas pu trouver de fibrilles en connexion directe avec les follicules.

H. DE BRINON.

A new histological method for the study of nerve tracts in the brain and spinal cord, par Sigm. FREUD (*Brain, p.* 86, *avril* 1884).

Les pièces sont durcies au bichromate de potasse ou au liquide d'Ehrlich (2 1/2 0/0 de bichromate de potasse et 1/2 de sulfate de cuivre), puis dans l'alcool. La préparation, faite au microtome, et lavée, est placée dans une solution aqueuse de chlorure d'or à 1 0/0, qu'on mélange à parties égales d'alcool concentré : on le laisse ainsi s'imprégner pendant quatre ou cinq heures. Cela fait, on place la coupe dans une solution de soude caustique à 1/5, qui ne tarde pas à la rendre transparente, et au bout de trois à quatre minutes on la met dans une solution à 10 0/0 d'iodure de potassium. Les fibres se colorent en rose et bientôt en rouge foncé. On monte ensuite la préparation dans le baume de Canada. H. R.

PHYSIOLOGIE.

I.— Handbuch der Physiologie (6 volumes), par L. HERMANN (*Leipzig*, 1879-1882)

II. — Eléments de physiologie humaine à l'usage des étudiants en médecine, par L. FREDERICQ et J.-P. NUEL (*Gand et Paris*, 1883).

I. — Cet ouvrage considérable n'est pas un manuel, comme son titre le dit à tort; c'est une encyclopédie. Chaque partie de la science est développée avec tous les détails nécessaires par l'un des physiologistes qui ont le plus contribué à ses progrès. — On peut dire qu'il n'y manque que la technique expérimentale et l'historique pour en faire un ouvrage absolument complet. Il y manque aussi autre chose : c'est une part plus équitable à la science étrangère contemporaine, et en particulier à la science française. Il nous donne une image exacte du travail allemand : pas un trait n'est oublié; et, à cet égard, il est extrêmement utile au physiologiste, qui y trouvera sur toute question les renseignements bibliographiques essentiels. Les six volumes sont divisés en plusieurs fascicules, dont chacun forme le plus souvent à lui seul un traité presque complet. Le premier volume est consacré à la physiologie du mouvement. Il comprend cinq fascicules : le premier traite de la physique musculaire et a pour auteur L. Hermann; le second s'occupe des échanges matériels du muscle et a pour auteur O. Nasse; le troisième est le mouvement vibratile et protoplasmique par W. Engelmann; l'étude des mouvements en particulier est faite par A. Fick ; la parole et la voix par P. Grützner complètent le sujet.

Le second volume traite de la physiologie du système nerveux. L. Hermann s'est réservé la physiologie générale des nerfs ; le second fascicule, consacré à la physiologie spéciale des nerfs, a pour auteur Sigmund Mayer; le troisième est intitulé : Moelle et encéphale, par C. Eckhard ; le quatrième : Hémisphères cérébraux, par Sigm. Exner.

Le troisième volume est relatif aux organes des sens. Le sens de la

vue est traité par A. Fick, pour la dioptrique, l'accommodation, le sens des couleurs et les appareils accessoires ; par Kühne pour les modifications de la rétine ; par Hering pour le sens de l'espace et les mouvements des yeux.

V. Hensen s'est occupé du sens de l'ouïe ; Vintschgau des sens du goût et de l'odorat ; O. Punke de la sensibilité générale et du tact ; E. Hering du sens de la température.

Le quatrième volume contient la circulation, la respiration et la chaleur animale. Rollett a étudié le sang et son mouvement ; Aubert l'innervation des organes circulatoires ; Zuntz les gaz du sang et les échanges respiratoires ; Rosenthal a traité des mouvements respiratoires et de leur innervation et la chaleur animale.

Le cinquième volume est consacré à la sécrétion et à l'absorption. Il contient la physiologie de la sécrétion en général par Heidenhain ; la sudation par Luchsinger ; la chimie des sécrétions et des tissus par Huppert ; sucs digestifs et digestion par Maly ; résorption, formation de la lymphe et assimilation par von Wittich ; mouvement de l'intestin par Sigmund Mayer.

Le sixième volume est divisé en deux fascicules : échange matériel en général par Voit, et reproduction par Hensen.

II.—Dans cet ouvrage adressé spécialement à leurs élèves, les auteurs ont cherché à leur offrir brièvement un exposé de l'état actuel de la physiologie. L'ouvrage est divisé en deux parties : la première, consacrée à la nutrition, a été rédigée par L. Fredericq ; la seconde traite de l'innervation du cœur et des vaisseaux et des fonctions de relation ; elle est l'œuvre de J.-P. Nuel. Les ouvrages de ce genre doivent présenter plusieurs qualités qu'on peut résumer à deux qui se retrouvent dans celui-ci : les auteurs doivent être au courant de l'état exact de science et posséder les qualités de clarté et de choix qui constituent l'art de l'enseignement. Les étudiants français qui possèdent déjà de bons manuels, comme ceux de Béclard, de Beaunis et de Küss et Duval, trouveront encore profit à consulter celui-ci, écrit avec simplicité, conçu un peu autrement que les précédents et très riche en faits. DASTRE.

De la locomobilité ou des changements de position du cerveau dans les différentes attitudes du corps, par LUYS (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série*, *t. XIII*, *n*° 13).

Ce mémoire peut se résumer ainsi :

1° Le cerveau n'est pas immobile dans la boîte cranienne qui l'enserre, ainsi qu'on est porté à le croire. En dehors des mouvements intrinsèques d'expansion et d'affaissement que tout le monde connaît, il est doué de certains mouvements propres et indépendants des précédents ;

2° Quand l'homme passe successivement du décubitus dorsal au décubitus abdominal, son cerveau suit le mouvement et glisse doucement d'arrière en avant rien que par l'effet de la pesanteur, grâce à l'état lisse de la séreuse arachnoïdienne dont le rôle physiologique se trouve naturellement expliqué, en vertu de cette loi d'anatomie générale qui montre que partout où il y a un mouvement dans l'économie, il y a une séreuse pour le faciliter ;

3° Dans l'attitude verticale, la masse cérébrale s'affaisse sur elle-même et, en abandonnant son contact avec la paroi cranienne, laisse un espace vide qui peut être évalué à l'épaisseur d'environ 5 à 6 millimètres sur le cadavre et qui est moindre vraisemblablement chez le vivant;

4° Dans le décubitus latéral, la masse cérébrale obéit encore aux lois de la pesanteur. Le lobe placé supérieurement pèse légèrement sur son congénère à travers la faux du cerveau, qui n'oppose qu'une résistance incomplète.

La présence du liquide céphalo-rachidien peut modifier peut-être, dans une certaine mesure, ces déplacements, mais non les annihiler. Il y a toujours, en effet, à l'état normal, un espace libre entre la capacité cranienne et la masse encéphalique. Entouré d'une atmosphère liquide, le cerveau obéit aux mêmes oscillations qu'elle. Ses rapports généraux doivent être assez bien assimilés à ceux du fœtus plongé dans le liquide amniotique, et qui s'accommode passivement, lui aussi, avec son atmosphère humide et les parois utérines qui l'enserrent, aux différentes attitudes de la femme qui le porte. GASTON DECAISNE.

Ueber den Ursprung der pupillendilatirenden Nerven (Sur l'origine des nerfs dilatateurs de la pupille) par GRUENHAGEN et COHN (*Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde, juin* 1884).

Le centre cilio-spinal n'existe pas, et c'est dans le cerveau qu'il faudrait rechercher l'origine des nerfs dilatateurs de la pupille. Voici sur quelle expérience les auteurs fondent leur assertion :

Sur un lapin, dont les pupilles sont dilatées au maximum par l'atropine, on lie les deux artères cérébrales; puis, au bout de dix-huit à vingt secondes, outre les convulsions, survient en même temps une dilatation plus considérable de l'ouverture pupillaire. Avec les convulsions, disparaît aussi la dilatation pupillaire. Cette dilatation maximum persiste dans tout œil dont les filets sympathiques ont été divisés par la ligature.

Après disparition des crampes épileptiformes et retour de la pupille à ses dimensions normales, la moindre excitation produit des convulsions dans le tronc et les membres de l'animal en expérience; la pupille, au contraire, ne réagit pas. Il en est de même quand on irrite la moelle en accumulant de l'acide carbonique dans le sang; l'ouverture pupillaire ne varie pas.

Il n'y a donc pas de centre cilio-spinal, mais c'est dans le cerveau, soit sur le plancher du quatrième ventricule, soit dans l'écorce cérébrale, qu'il faut rechercher le point de départ des nerfs ciliaires. ROHMER.

Hemisection of the spinal cord, par David FERRIER (*Brain, p.* 1, *avril* 1884).

L'auteur a repris sur le singe les expériences bien connues de Brown-Séquard sur l'hémisection de la moelle. Il obtint les mêmes résultats, à savoir : du côté de la section, paralysie motrice directe, intégrité de la sensibilité; du côté opposé, suppression de la sensibilité, conservation de la motilité. Le point nouveau de cette communication est relatif au sens musculaire. Contrairement à ce qu'avait dit Brown-Séquard, l'hémisection de la moelle paralyse le sens musculaire comme toutes les

autres formes de la sensibilité, c'est-à-dire du côté opposé à la lésion. Du côté de la lésion, bien que la paralysie motrice soit complète, l'intégrité du sens musculaire est conservée. H. R.

Sur un nouveau moyen pour isoler la sensibilité de la motilité des nerfs, par A. MORIGGIA (*Archives ital. de biologie, fasc. III*, 1883).

Le moyen préconisé par l'auteur, dans une première série d'expériences, consiste à faire tomber goutte à goutte sur le nerf d'un membre postérieur de grenouille des solutions à divers titres d'acide chlorhydrique, d'acide lactique et d'acide phosphorique ; dans une autre série, il a projeté sur le nerf préalablement mis à découvert des liquides divers, voire même de l'eau distillée sous forme de jet ; il a pu constater ainsi que la sensibilité disparaît d'abord dans le membre sur lequel on opère, alors que la motilité y est encore intacte ; un peu plus tard, la sensibilité est abolie dans le membre du côté opposé ; puis enfin arrive la paralysie motrice ; celle-ci commençant toujours par le membre dont le nerf est mis à découvert. C. GIRAUDEAU.

Experimentelle Beiträge zur Lösung der Frage über die specifische Energie der Hautnerven (Contribution expérimentale à la solution du problème de l'énergie spécifique des nerfs de la peau), par Magnus BLIX (*Zeitschrift für Biologie, Band XX, p.* 141).

La plupart des physiologistes admettent l'existence de plusieurs catégories de terminaisons nerveuses sensibles dans la peau ; leur excitation provoquerait respectivement des sensations de pression (sensations tactiles proprement dites), de température ou de douleur. Les intéressantes recherches de Magnus Blix confirment pleinement cette hypothèse et démontrent en outre l'existence de deux catégories distinctes d'appareils nerveux affectés au sens de la température : nerfs et terminaisons nerveuses pour les sensations du chaud, nerfs et terminaisons nerveuses pour les sensations de froid. La peau contient donc quatre espèces de fibres sensibles correspondant à quatre variétés de sensations ou d'énergies spécifiques : sensations de pression, sensations de chaud, sensations de froid et sensations de douleur. Ces quatre espèces d'organes nerveux terminaux sont disséminés à la surface de la peau à des intervalles plus ou moins grands suivant les régions, mais suffisants en général pour qu'on puisse réussir à les exciter isolément. En promenant à la surface de la peau du dos de la main une électrode en forme de pointe aiguë (pointe d'épingle servant d'électrode excitatrice alors qu'une autre portion plus ou moins étendue de la surface du corps est reliée à l'autre électrode), on parvient à provoquer en certains points l'illusion du contact d'un corps froid, dans d'autres endroits celle d'un corps chaud. D'autres points ne donnent naissance qu'à des sensations tactiles proprement dites ou de pression ou à des sensations douloureuses. Un même excitant, l'électricité, peut donc provoquer des sensations très différentes suivant qu'il agit sur telle ou telle catégorie d'appareils nerveux cutanés. D'autres expériences ont conduit Blix à la même conclusion : si l'on promène un corps froid, une pointe métallique obtuse à la surface de la peau, on rencontre çà et là des points où la pointe paraît froide : dans les

intervalles on n'éprouve que des sensations de contact, de pression. La distance qui sépare les appareils terminaux sensibles au refroidissement est très variable. Au niveau de l'avant-bras, par exemple, et surtout de la jambe, il existe de véritables lacunes pour le sens du froid ; on peut y appliquer des corps métalliques d'un centimètre carré de surface sans provoquer la moindre sensation de froid, alors que tout à côté des points nettement circonscrits paraissent froids, quand on les touche avec la pointe d'une aiguille à tricoter. Les points sensibles au chaud sont également fort nettement circonscrits et disséminés à des intervalles de plusieurs millimètres les uns des autres.

On peut marquer en rouge les points sensibles au chaud, en vert les points sensibles au froid sur une certaine étendue de la peau ; on constate alors que ces points sont disséminés d'une façon fort irrégulière. Les points verts sont les plus nombreux ; ils sont ordinairement séparés des points rouges par un certain intervalle : cependant il peut arriver qu'un point de froid soit accolé ou superposé à un point de chaud.

LÉON FREDERICQ.

De la sensibilité des parties privées de peau, par LUSSANA (*Archives ital. de biologie, fasc. III,* 1883).

L'auteur ayant eu l'occasion d'examiner une femme qui, à la suite d'une large brûlure, présentait une plaie de dix centimètres de largeur sur douze de longueur à la face interne de la jambe (les muscles étaient à nu dans toute cette région), a pu s'assurer que les cercles tactiles ne sont pas distincts là où le corps papillaire fait défaut, et qu'au contraire le sens du contact matériel peut avoir lieu même là où manque le corps papillaire et où font défaut les corpuscules de Meisner. Enfin, le sens thermique différentiel serait plus délicat dans le corps papillaire avec ses corpuscules de Krause, que dans les tissus sous-jacents. C. GIRAUDEAU.

I. — Ueber den Einfluss des Senfteigreizes auf Anaesthesie und normale Empfindung, par Albert ADAMKIEWICZ (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 12, *p.* 161, *et n°* 13, *p.* 182, 21 *et* 28 *mars* 1881).

II. — Ueber den Einfluss der Narcotica auf den Raumsinn der Haut, par RUMPF (*Idem, n°* 20, *p.* 307, 14 *mai* 1883).

III. — Transmission des impressions thermiques, par HERZEN (*Revue médicale de la Suisse romande, III,* 372, *juin* 1883).

I. — Adamkiewicz conclut d'expériences faites avec Adler, que lorsqu'on applique un sinapisme en un point d'un membre, les sensibilités au contact et à la douleur s'accroissent, tandis qu'elles s'affaiblissent sur le point homologue symétrique de l'autre membre.

Donc, contrairement à l'opinion de E.-H. Weber, le sens de la douleur et du contact est indépendant de la richesse en nerfs de la région, et il est une fonction qualitative, pure, de la peau.

Des expériences d'Asch, répétées par Adamkiewicz, il résulte d'autre part que le sinapisme n'a pas les mêmes effets sur la sensibilité à la température. Il l'affine bien là où il est appliqué, mais il ne l'émousse nullement à l'endroit symétrique de l'autre côté du corps, malgré ce qu'ont cru Buccola et Seppilli.

Donc, le sens de la température n'est pas une fonction bilatérale comme celle des autres modes de sensibilité et comme la sueur.

Adamkiewicz a pris soin de s'assurer qu'il ne s'agissait nulle part d'effets produits par l'intermédiaire de la circulation capillaire. Cette dernière est une fonction bilatérale, comme le sens de la douleur et du toucher, mais elle est en outre synergique, c'est-à-dire agissant dans la même direction des deux côtés, tandis que le sens à la douleur et au contact est bien symétrique, mais antagoniste. En revanche, la circulation capillaire se comporte exactement comme la sécrétion sudorale.

II. — Rumpf, étudiant la sensibilité de la peau pour la notion d'espace, sous l'influence des narcotiques divers, a trouvé que les injections sous-cutanées de morphine entraînent une diminution considérable de cette sensibilité, mais cette diminution n'est pas plus grande au niveau de l'injection que sur le reste du corps.

L'alcool diminue surtout la sensibilité de la partie inférieure du corps.

Le chloral a très peu d'action sur la sensibilité à la notion d'espace.

Au contraire, le chanvre indien l'affaiblit énormément.

III. — Herzen a cherché à découvrir la voie médullaire suivie par les impressions thermiques.

Lorsque, par la compression du tronc nerveux se rendant au bras, on est parvenu à *endormir* ce membre, la sensibilité tactile est la première abolie ; il faut une compression plus prolongée pour abolir la sensibilité douloureuse.

Sur lui-même et sur quelques autres personnes, Herzen a observé que dans la première phase on a perdu la sensibilité pour le froid, tandis que celle pour le chaud persiste et ne disparaît que dans la seconde phase de l'expérience.

45 applications d'objets à 0, à 22 et à 45 degrés ont été faites au même individu, toujours à son insu. Il n'a éprouvé aucune sensation des quinze contacts froids ni des quinze contacts tièdes, mais a fort bien senti les quinze contacts chauds. Il n'a cessé de percevoir la sensation du chaud que quand il a cessé de sentir les piqûres.

Dans une autre série d'expériences, Herzen a essayé de déterminer la rapidité de transmission des deux espèces d'impressions thermiques. Il a trouvé que si l'on prend pour unité le temps qui s'écoule entre le contact *simple* d'un objet à 22° et la réaction provoquée, il faut un temps plus long pour provoquer la réaction au contact *qualifié*, froid ou chaud. Cet intervalle est triplé pour les impressions de chaud, tandis qu'il est à peine doublé pour les impressions de froid. Donc les impressions de chaud sont transmises plus lentement.

Ces deux séries d'expériences semblent indiquer d'abord que le sens thermique peut être scindé en deux, comme la sensibilité générale, et ensuite que les deux espèces de sensations thermiques ne suivent pas la même voie pour arriver au cerveau : les impressions de froid suivraient la voie des impressions tactiles (cordons postérieurs) ; les impressions de chaud, celle de la sensibilité douloureuse (substance grise).

Le fait clinique suivant, communiqué par Leopardi et Brigidi, paraît favorable à cette hypothèse :

Une femme, après l'âge critique, est prise de douleurs dorsales, puis d'un affaiblissement progressif des jambes ; celles-ci deviennent le siège

de douleurs et d'une contracture permanente. A leur niveau, la sensibilité tactile est abolie, mais la sensibilité douloureuse est conservée et la malade perçoit les impressions thermiques produites par le contact des objets chauds dont la température est comprise entre 60 et 27 degrés, tandis qu'elle n'a aucune notion des objets ayant une température inférieure à 27 degrés.

L'autopsie révéla une pachyméningite hypertrophique s'étendant de la quatrième à la septième vertèbre dorsale et embrassant les deux tiers postérieurs de la moelle. Le microscope montra qu'il y avait une myélite transverse ; les cordons antérieurs étaient seuls intacts, mais les lésions portaient surtout sur la partie externe des cordons latéraux, dans la région du faisceau cérébelleux.

J. B.

Physiologie des Flimmerepithels, par GRUETZNER et W. SAHLI (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 20, p. 686, 15 octobre* 1882).

Les expériences de Gruetzner et Sahli ont été faites sur la muqueuse pharyngo-œsophagienne de la grenouille, où les cils vibratiles sont dirigés de l'extérieur vers l'estomac.

En voici les résultats :

Les destructions localisées de l'épithélium n'exercent aucune influence nocive sur les cellules placées sur les côtés ou au-dessus du point détruit, tandis qu'elles lèsent l'activité des cellules situées au-dessous.

Les excitations déterminées par les courants constants agissent différemment, suivant leur direction. Celles dirigées de haut en bas ou de bas en haut, exagèrent l'activité des cils vibratiles, tandis que les excitations transversales ont plutôt un effet contraire.

J. B.

Nouvelles recherches sur la perception des différences de clarté, par Auguste CHARPENTIER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 10 *décembre* 1884).

L'appréciation des différences d'intensité lumineuse devient de plus en plus difficile à mesure que diminue l'étendue des surfaces à distinguer. Elle le devient aussi d'autant plus que l'éclairage est moindre ; à cet égard, beaucoup des expériences de l'auteur peuvent s'exprimer par la formule suivante : la fraction différentielle (minimum de différence perceptible) est inversement proportionnelle à la racine carrée de l'intensité du fond lumineux. — En combinant ensemble ces deux conditions, objet très petit, éclairage très faible, on obtient des chiffres vraiment étonnants, à tel point qu'on en arrive à confondre avec le fond un petit point lumineux près de dix fois plus éclairé que ce dernier. Quoique ce ne soit là qu'un cas extrême, l'ensemble de ces expériences démontre, en ce qui concerne l'appareil visuel, l'inexactitude de la loi *psycho-physique ;* d'après cela, les discussions dont cette loi a été l'objet, ainsi que les tentatives qui ont été faites pour la rendre acceptable, peuvent être considérées comme superflues. Le problème des rapports qui existent entre l'intensité des excitations et celle des sensations correspondantes est évidemment complexe et ne peut pas être résolu par des formules superficielles, mais seulement par une analyse expérimentale précise et étendue.

M. DUVAL.

Recherches sur l'intensité des phénomènes chimiques de la respiration dans les atmosphères suroxygénées, par L. de SAINT-MARTIN (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 28 *janvier* 1884).

D'après Lavoisier et Seguin, comme d'après Regnault et Reiset, on ne constaterait aucun changement dans les produits de la respiration, quand, au lieu d'air ordinaire, on fait respirer les animaux soit dans de l'air suroxygéné, soit dans de l'oxygène pur. Au contraire, P. Bert a constaté que l'activité des combustions organiques dans les atmosphères suroxygénées va en augmentant d'abord pour diminuer ensuite. Reprenant ses études sur des cobayes et des rats, l'auteur a observé qu'en moyenne les différences entre les expériences faites dans l'air ordinaire et celles effectuées dans l'air suroxygéné sont très faibles, et n'atteignent même pas la valeur des différences observées entre deux expériences faites à la même température dans l'air ordinaire. D'où cette conclusion, que les phénomènes chimiques de la respiration ne subissent aucun changement appréciable par le fait de la suroxygénation du milieu respiré.

M. D.

Weiteres über Enstehung der Aspiration des Thorax nach der Geburt (Nouvelles expériences sur le développement de l'aspiration thoracique), par J. BERNSTEIN (*Arch. f. d. ges. Physiologie, Band XXXIV, p.* 21).

Chez l'enfant qui n'a pas encore respiré et qui est renfermé dans l'utérus maternel, les poumons représentent une masse pleine, molle, sans élasticité bien marquée. Les parois thoraciques sont affaissées ; si on les perce, il n'y a pas entrée de l'air dans les cavités pleurales ; le vide pleural n'existe donc pas encore.

Bernstein avait montré en 1878 que l'élasticité pulmonaire et le vide pleural s'établissent d'emblée au moment de la naissance par l'effet du premier mouvement respiratoire de l'enfant; il avait cherché à donner une explication mécanique de ce fait singulier. Hermann a combattu non seulement l'explication de Bernstein, mais a nié le fait qu'il s'agissait d'expliquer. Pour Hermann, l'aspiration thoracique n'existe pas chez les jeunes enfants: elle s'établirait peu à peu ultérieurement et serait la conséquence de ce fait que les parois thoraciques se développent plus rapidement que les poumons. Les expériences de K.-B. Lehmann (voir le numéro précédent de cette *Revue*) ont été invoquées à l'appui de la manière de voir d'Hermann.

Bernstein vient de reprendre cet intéressant sujet. Il maintient l'existence du vide thoracique chez les mammifères nouveau-nés. Chez six petites chèvres tuées peu de temps après la naissance (2 heures à 6 jours après), la pression pleurale fut constamment trouvée négative (respectivement 44, 42, 33, 42, 22 et 34 millimètres d'eau). Il en fut de même chez deux jeunes moutons, dont l'un fut tué peu de minutes après la naissance (19 et 23 millimètres d'eau). Chez un enfant mort à l'âge de 8 jours, l'aspiration thoracique atteignait 26 millimètres. Dans tous ces cas le poumon s'affaissait au moment du percement des parois thoraciques. Si le vide thoracique atteint une valeur supérieure chez l'adulte, ce n'est pas uniquement parce que le thorax s'est accru plus vite que le poumon, comme le veut Hermann.

L'aspiration thoracique dépend encore d'un autre facteur, de la consistance et de la rétractilité élastique du tissu pulmonaire, qui certainement augmentent avec l'âge du sujet.

Bernstein en conclut donc que c'est bien au moment de la naissance que s'établit brusquement l'aspiration thoracique, et cela par le fait du premier mouvement respiratoire. LÉON FREDERICQ.

Untersuchungen über die Wärmeregulation in der Narkose und im Schlaf (**Recherches sur la régulation de la température pendant l'anesthésie et pendant le sommeil**), **par Th. RUMPF** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIII, p.* 538).

L'anesthésie, surtout l'anesthésie accompagnée de sommeil (injection sous-cutanée de 0. 10 — 0. 20 grammes de chlorhydrate de morphine ; de 0. 2 — 0. 35 d'hydrate de chloral ; de 1 gramme de chloroforme ; de 1 — 2 grammes d'éther ; 5 — 10 grammes de cognac, etc.), supprime plus ou moins complètement la régulation de la température interne chez le cochon d'Inde. Cette température ne présente plus le degré de constance (+ 39° à + 39° 5 dans le rectum) qui est si caractéristique pour l'animal éveillé. La température rectale chez un cochon d'Inde anesthésié et exposé au refroidissement (température de l'air à 0° ou dépassant 0° de quelques degrés seulement) peut descendre en peu de temps à + 30°. + 20° et même jusqu'à + 16° (mort de l'animal), pour remonter dès que l'animal s'éveille.

La cause de cet abaissement de la température interne ne provient pas d'une exagération des pertes de chaleur subies par la surface de l'animal, mais bien d'une diminution dans la production de la chaleur interne, comme le prouve l'énorme diminution des phénomènes de combustion respiratoire. La consommation de l'oxygène et la production de CO^2 (mesurées au moyen de l'appareil respiratoire construit autrefois par Pflüger sur le principe de l'appareil de Regnault et Reiset pour les recherches de Colasanti) baissent considérablement et peuvent être réduites de 60 0/0 de leur valeur normale, si l'on considère la durée totale d'une expérience. La diminution dans la consommation de l'oxygène est beaucoup plus manifeste, si l'on considère certaines phases de l'anesthésie.

Où faut-il chercher la cause de cette diminution physiologique ? La morphine, le chloral, exercent-ils une action directe sur les tissus vivants pour y restreindre les phénomènes de combustion ; ou bien s'agit-il d'une action indirecte s'exerçant par l'intermédiaire du système nerveux central.

Les expériences suivantes prouvent l'inexactitude de la première alternative et ne laissent subsister que la seconde. Des muscles vivants de lapin sont rapidement hachés et mélangés avec du sang de bœuf défibriné et saturé d'oxygène. Dans ces conditions, la respiration des muscles continue, le sang de bœuf perd peu à peu son oxygène et sa teinte rutilante pour prendre l'aspect du sang veineux. La rapidité avec laquelle s'opère ce changement de teinte du sang peut servir de mesure à l'énergie des oxydations qui se passent dans le muscle. Or, la présence de morphine, de chloral, de chloroforme dans le mélange de sang et de muscle n'exerce aucune influence sur la rapidité et l'énergie de la réduction du sang de bœuf par les fragments de muscle. Quant à l'éther et à l'alcool, ces substances, loin de ralentir l'oxydation, l'exagèrent au contraire.

La diminution des oxydations interstitielles ne peut donc être rapportée chez le cobaye anesthésié à une action directe de l'anesthésique sur les éléments des tissus. On ne peut davantage invoquer un défaut d'énergie dans la ventilation pulmonaire et dans l'apport d'oxygène aux tissus. Ces derniers, bien loin de souffrir du manque d'oxygène, ne peuvent consommer assez vite celui que le sang artériel leur amène. En effet, si l'on met à nu une veine ou une artère, on y constate la présence d'un sang rutilant, par conséquent riche en oxygène. Il ne reste donc qu'à attribuer la diminution des combustions interstitielles à une action de la substance anesthésique sur les centres nerveux (centres nerveux de la protubérance annulaire et de la moelle allongée qui président d'après les expériences de Pflüger et d'autres à la régulation de la thermogenèse dans les tissus).

La partie de ce travail se rapportant au sommeil, ne renfermant ni résultats d'expériences, ni faits nouveaux, mais se bornant à des considérations générales basées sur les résultats de travaux connus et analysés en partie dans ce recueil, nous y renvoyons directement le lecteur que ce sujet intéresse. LÉON FREDERICQ.

Ankle clonus in relation to the height of the individual (Contractions cloniques du cou-de-pied en rapport avec la taille des individus), par Alex. JAMES (*Edinb. med. journ.*, *p.* 1095, *juin* 1883).

L'auteur, étudiant les réflexes tendineux, trouve que la rapidité de leur production est très variable. Elle est plus grande au genou qu'à la cheville, à l'épaule qu'au genou ; à la tête, ils acquièrent leur rapidité maximum. D'après l'auteur, la cause de ces variations réside dans les différences de distance qui séparent les muscles de leurs centres nerveux dans la moelle, les plus proches subissant le plus promptement l'impression réflexe.

Mais il y a plus : chaque muscle, pris séparément, est doué d'une réflectivité non identique suivant les individus, comme suivant les animaux en expérience. L'auteur pense que ces variations dans la contraction clonique de chaque muscle dépendent de la taille des sujets, et il a fait des recherches dans ce sens. Voici les chiffres auxquels il est arrivé.

Chez les sujets atteignant la taille de six pieds et davantage, la durée moyenne du clonus était de 5,84 par seconde (chiffre maximum, 6, 75, minimum 5).

Chez les individus compris entre 5 pieds 6 pouces et 5 pieds 11 pouces, le clonus était de 6,48 par seconde (maximum 7,4, minimum 5,7).

Chez ceux de 5 pieds à 5 pieds 5 pouces, le clonus atteint 6,91 par seconde.

Enfin chez les deux femmes de 4 pieds 11 pouces, il est de 7,8 par seconde.

Il ressort donc de ces chiffres que la rapidité du clonus s'accroît d'autant plus que la taille est plus courte, c'est-à-dire que l'impression réflexe a moins de distance à parcourir pour se transmettre au centre nerveux et se réfléchir sur de petits muscles que sur de grands muscles.

H. R.

Notiz über die Resorption einiger Salze aus dem Darme (Note sur la résorption intestinale de quelques sels), par Karl-B. LEHMANN (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIII, 1 et 2, p.* 188-193).

Lehmann a constaté que les sels métalliques (iodure de potassium. Nitroprussiate. Sulfure d'ammon.) résorbés à la surface de l'intestin se retrouvent au bout de peu de minutes à la fois dans le sang et dans la lymphe. La résorption se fait donc en même temps par les capillaires et par les chylifères. Voici comment il opère : l'abdomen (chien, chat, lapin) est incisé et une anse intestinale étalée sur un linge chauffé à 40°. On injecte le sel dans la cavité de l'anse isolée au moyen de ligatures. Puis on puise au bout de peu de minutes, au moyen de pipettes de verre capillaires, une goutte de lymphe ou de sang dans les vaisseaux ponctionnés à cet effet. Pour reconnaître l'iodure de potassium, la goutte de sang ou de lymphe est projetée dans une capsule renfermant de l'empois d'amidon fortement acidulé par l'acide nitrique fumant. Une auréole bleue se formant autour de la goutte indique la présence de IK. Les autres sels sont reconnus par des moyens appropriés.

LÉON FREDERICQ.

Sur l'origine du sucre de lait, par BERT (*Bull. Soc. de biol.*, 5 *avril* 1884).

Quelle est l'origine de la lactose que l'on rencontre en grande quantité dans les mamelles pendant la période de la lactation? La glande est-elle organe sécréteur ou excréteur? C'est ce que l'auteur a recherché tout d'abord sur des cobayes, ce qui ne lui a fourni aucun résultat, et ensuite sur des chèvres, ce qui lui a permis de conclure que le sucre de lait est produit par l'excrétion mammaire du sucre fabriqué en excès par l'organisme après la parturition. Ces données ont été fournies par l'examen de l'urine fait avant et après que les chèvres ont eu mis bas, et comparativement sur des animaux, dont les unes avaient subi antérieurement l'amputation des mamelles? Mais où se forme le sucre? C'est une question que M. Bert se propose de rechercher plus tard. OZENNE.

Nouvelles observations sur le rapport qui existe entre les urines sucrées et la sécrétion mammaire, par de SINÉTY (*Bull. soc. de biol.*, 20 *avril* 1884).

L'auteur rapporte un certain nombre de faits expérimentaux qui sont en opposition avec ceux que M. Bert a communiqués (Voy. ci-dessus) au sujet du rapport qui existe entre les urines sucrées et la sécrétion mammaire. Il pose les conclusions suivantes :

Ces expériences nous montrent que la quantité de sucre contenu dans le sang n'est pas plus considérable qu'à l'état normal, lorsque les animaux allaitent, et qu'il n'y a pas de sucre dans l'urine. Ce chiffre augmente, au contraire, dès que l'allaitement est supprimé, et que, la glande continuant à fonctionner, le sucre apparaît dans l'urine.

Enfin la proportion entre le sucre contenu dans le sang artériel et veineux, sortant de la mamelle, reste à peu près la même, sauf dans la dernière expérience, où il y avait une légère augmentation en faveur du sang veineux; mais une différence aussi minime est insignifiante et se trouve dans la limite des erreurs possibles des procédés de dosage.

L'ensemble des faits ne paraît pas en rapport avec l'hypothèse que le sucre de lait se forme dans le foie. OZENNE.

Sur la distribution de l'urée dans le sang, par GRÉHANT et QUINQUAUD (*Soc. de biol.*, 22 *mars* 1884).

Le sang, à quelque point du corps qu'on le puise, contient-il la même quantité d'urée? Et peut-on démontrer directement où se forme cette substance? A ces deux questions, MM. Gréhant et Quinquaud répondent ainsi :

Le sang qui revient des membres ou de la tête contient autant d'urée que le sang artériel qui se rend dans ces organes, d'où il suit que l'urée qui se forme peut-être à la périphérie est amenée probablement par la lymphe au centre circulatoire.

Le sang qui a circulé à travers la rate et le foie est toujours plus riche en urée que le sang artériel, et la différence est encore plus marquée chez l'animal en digestion que chez l'animal à jeun; elle peut s'élever à 9 milligrammes dans 100 centimètres cubes de sang. Une pareille différence est loin d'être négligeable; en effet, si nous supposons que 100 grammes du sang sortent du foie en une minute et emportent 9 milligrammes d'urée en plus, cela ferait 540 milligrammes en une heure ou 13 grammes en vingt-quatre heures. Si le poids d'urée déversé par le sang des veines sus-hépatiques en une minute était, comme dans l'une de nos expériences, égal à 3 milligrammes, 100 grammes de sang donneraient en vingt-quatre heures 4 grammes 32 d'urée. OZENNE.

Zur Function der Schilddrüse (Fonction du corps thyroïde), par Johann MEULI (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIII, p.* 378).

Nombre de physiologistes admettent avec Liebermeister, Guyon, etc., que le corps thyroïde joue vis-à-vis de la circulation de la tête et spécialement de la circulation cérébrale un rôle de régulateur. Dans l'attitude horizontale du corps et surtout lorsque la tête occupe une position déclive, le corps thyroïde intervient pour compenser en partie l'action nuisible de la pesanteur et diminuer l'afflux sanguin vers le cerveau.

Les vaisseaux du corps thyroïde se dilatent alors considérablement et produisent ainsi une diminution de la pression sanguine dans le système des carotides; en outre, le corps thyroïde subissant une espèce d'érection, vient comprimer les carotides. Les deux effets se combinent pour combattre la tendance à la congestion cérébrale. J. Meuli a fait sur lui-même et sur plusieurs autres personnes des mensurations nombreuses de la circonférence du cou dans diverses attitudes. Il a constaté un gonflement notable de la région thyroïdienne se produisant dans l'attitude horizontale et surtout lorsque la tête est située plus bas que le tronc. Il considère ces expériences comme résolvant la question de la fonction du corps thyroïde dans le sens de l'opinion de Liebermeister. Il insiste sur l'importance de cette fonction thyroïdienne et sur l'utilité de la *gymnastique thyroïdienne* (attitude alternativement abaissée et élevée de la partie supérieure du cou), spécialement au début du goitre et des autres affections de l'organe en question. L. F.

Bemerkungen zur Menstruation, par HEGAR (*Archiv für Gynækologie, Band XXII, Heft* 1).

Le Dr V. Ott a entrepris sur l'initiative d'Hegar des recherches sphygmographiques sur les modifications de la pression sanguine pendant la menstruation. Ces recherches, qui ont porté sur quatorze femmes, démontrent que la pression sanguine diminue notablement au moment de la menstruation; que pendant toute la période menstruelle, elle reste au-dessous de la moyenne pour reprendre après la menstruation sa hauteur primitive. Cette diminution de la pression sanguine n'a manqué que dans un seul cas.

H. DE BRINON.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Beitrag zur Kenntniss der Micrococcencolonien in den Blutgefässen bei septischen Erkrankungen (Des colonies de micrococcus dans les vaisseaux sanguins dans les maladies septiques), par ZIEMACKI (*Zeitschr. f. Heilk, Band IV, Heft* 2, 1883).

L'existence constante de colonies de micrococcus dans les cadavres des individus morts d'affections septicémiques ne peut plus faire doute ; mais leur origine et leur mode de développement sont encore peu connus. De plus on en a trouvé dans des maladies infectieuses, fort différentes de la septicémie (fièvre typhoïde, variole, rhumatisme aigu), et on a voulu les identifier avec les micro-organismes de la putridité. Enfin on n'est pas fixé sur la genèse des lésions réactionnelles qu'ils engendrent. Ce sont ces différents problèmes que Ziemacki a essayé de résoudre par la méthode expérimentale, après avoir exposé l'état actuel de la question dans un historique étendu des travaux allemands sur la matière.

Dans toutes ses autopsies d'individus morts de septicémie aiguë ou chronique ou de fièvre puerpérale, Ziemacki a trouvé un nombre plus ou moins considérable de micrococcus ; jamais, sauf dans un cas de variole hémorragique chez une femme enceinte, il ne les a rencontrés dans les autres maladies infectieuses aiguës (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, tuberculose aiguë, etc.). Les micrococcus sont caractéristiques des processus septicémiques; si certains auteurs en ont constaté à la suite d'autres maladies infectieuses, ce fait peut s'expliquer par une septicémie secondaire à l'affection première.

Les amas de micrococcus dans les vaisseaux et dans les organes parenchymateux présentent absolument les mêmes caractères, qu'il s'agisse d'une septicémie aiguë ou chronique ou de la puerpéralité. Seulement dans les processus septicémiques aigus leur nombre est beaucoup plus considérable que dans les cas chroniques.

Quel est le mode de production des colonies de micrococcus? Plusieurs explications ont été proposées. Ziemacki repousse absolument la théorie embolique, pour plusieurs motifs. En premier lieu, on ne peut comprendre

qu'il se forme dans l'économie une colonie primitive assez riche pour fournir ces colonies secondaires si nombreuses ; en outre, s'il s'agissait de processus emboliques, ce serait dans les artères, et non, comme l'observation le prouve, dans les capillaires et les veinules que se trouveraient surtout les micro-organismes ; enfin comment dans cette hypothèse expliquer les amas de micrococcus développés au sein de parenchymes, tels qu'alvéoles pulmonaires, capsule de Bowmann, canalicules du rein, etc.

Ziemacki rejette également la théorie de Heiberg, qui voit dans le coccus l'agent pathogénétique de la septicémie et explique sa présence dans diverses régions de l'économie par son élimination au travers des appareils glandulaires. Il suffit pour renverser cette théorie de rappeler que ces colonies se rencontrent dans des organes dépourvus de tout appareil excréteur, cerveau, méninges, œil, etc.

Ziemacki admet qu'elles sont dues à la prolifération sur place, dans les vaisseaux, de germes apportés par le courant sanguin. Il a pu, en effet, suivre sur les cadavres d'individus morts de septicémie cette pullulation des germes, et la provoquer chez des individus morts d'une tout autre affection, en injectant dans le sang les germes septicémiques, à une température constante de 35°. Ce n'est pas à l'état d'amas de micrococcus que les micro-organismes sont charriés par le sang, mais sous forme de granulations fines, germes destinés à pulluler ultérieurement.

Ziemacki ne doute pas de leur nature parasitaire, incontestable pour quiconque assiste à leur développement et à leur végétation.

Il est également établi qu'ils trouvent après la mort les meilleures conditions pour leur prolifération ; et même on peut se demander si les amas se forment pendant la vie ; en tout cas, on n'en trouve que fort peu dans les autopsies précoces, tandis qu'ils se développent rapidement après la mort, pour peu que les organes soient maintenus à la température voulue.

Dans le troisième chapitre de son travail, Ziemacki étudie les relations des micrococcus avec les organismes de la putréfaction, qui en sont absolument distincts : car il n'a jamais pu en trouver dans les organes en putréfaction chez les individus morts d'une autre affection que la septicémie. Les coccus de la putréfaction, contrairement à ceux de la septicémie, ne colonisent pas dans les vaisseaux ; de plus leurs amas n'ont pas l'aspect chagriné qu'ils offrent dans les septicémies, et les micro-organismes n'y forment pas des chaînes et des rangées aussi régulières. Il existe donc, entre ces deux variétés de coccus, des différences morphologiques très appréciables qui permettent de les distinguer à un examen attentif.

Ziemacki étudie ensuite rapidement les relations des micrococcus septiques avec les lésions dites réactionnelles. On ne saurait nier qu'ils exercent une influence délétère sur les tissus ambiants ; mais il serait exagéré de rapporter ces lésions d'une manière exclusive à l'obturation des vaisseaux par les zoogloées. On peut même se demander si la production des colonies dans les foyers métastatiques zoogloéiques est bien le fait primordial, ou si au contraire elle n'est pas consécutive à l'irritation qu'exercent sur les tissus les micrococcus isolés que le sang charrie pendant la vie. La formation d'amas serait alors un phénomène *post mortem*.

Ziemacki rapporte enfin les résultats de quelques expériences prati-

quées sur des grenouilles. On peut les résumer de la façon suivante :

1° Chez les grenouilles non septiques on ne trouve jamais après la mort de zoogloées dans les vaisseaux, tandis qu'elles se rencontrent d'une manière constante chez celles qui ont été atteintes de septicémie.

2° Chez ces dernières il ne se produit jamais pendant la vie de *colonies* micrococciques dans les vaisseaux ; chez celles-ci, et *celles-ci seules*, elles peuvent se former après la mort.

Il est donc permis de conclure que la pullulation *post mortem* de zoogloées dans les vaisseaux est due à une infection septique généralisée développée pendant la vie. L.-D. B.

Wie lassen sich die klinischen Begriffe « Septhœmie » und « Pyœmie » den neueren Erfahrungen der Pathologie adoptiren (Comment la notion clinique des mots septicémie et pyohémie peut s'adopter aux nouvelles données de la pathologie expérimentale), par F. NEELSEN (*Deutsche Gesellschaft f. Chirurgie* 16 *avril* 1884, *et Archiv für klinische Chirurgie*, *t. XXX*, *p.* 857, 1884).

On a désigné sous les noms de septicémie et de pyohémie un grand nombre de processus divers, tels que les septicémies expérimentales, la septicémie des souris de Koch et la septicémie des lapins de Pasteur, qui, tout en produisant des maladies parfaitement caractérisées, n'ont cependant aucun rapport avec les maladies infectieuses chirurgicales de l'homme. Les septicémies expérimentales sont des *mycoses* pures, aiguës, c'est-à-dire des maladies qui résultent d'une « inondation de tout l'appareil circulatoire par des bactéries ». Les maladies infectieuses chirurgicales de l'homme résultent le plus souvent, au contraire, d'une inoculation par la plaie d'un mélange de germes et sont des processus combinés. Si le mélange renferme des organismes spécifiques, il en résulte des processus spécifiques bien distincts, tels que l'érysipèle, la pourriture d'hôpital, etc. ; mais s'il ne renferme que des organismes banals, il se produit la septicémie classique, laquelle est une combinaison de trois processus :

1° Un empoisonnement par les produits résorbés de la putréfaction, les ptomaïnes, sans parler des facteurs mêmes de la putréfaction ;

2° Une mycose du sang qui diffère des mycoses simples aiguës (septicémie des souris) en ce que l'action pernicieuse des microbes n'est pas due à leur nombre, mais au poison qu'ils sécrètent. Ce processus est analogue à celui de la septicémie expérimentale du lapin, à laquelle l'auteur propose de donner le nom de *mycose toxique* du sang ;

3° Une simple suppuration liée à la pénétration des organismes pyogènes.

Ces trois facteurs de la septicémie peuvent se rencontrer isolés, sous forme de maladies spéciales bien distinctes de la septicémie ; combinés, ils donnent naissance à la septicémie classique.

Une modification du type classique est la suivante : la suppuration ne demeure pas limitée au foyer infectieux, mais se produit à distance de ce foyer, dans les parties du corps très éloignées par suite de la pénétration dans le sang des organismes pyogènes ; c'est ce qui se produit fréquemment par exemple à la suite des métrites puerpérales. Il n'y a pas là, à proprement parler, de pyohémie, mais il s'agit d'une forme de

septicémie qui ressemble beaucoup à la pyohémie, et, comme c'est aux conditions anatomiques de la région malade et non aux propriétés spécifiques des organismes pyogènes qu'est due la production des abcès métastatiques, Neelsen veut qu'on sépare nettement cette forme de la pyohémie et qu'on lui donne le nom de *septicémie avec métastases lymphatiques* ou *phlébitiques*.

La véritable pyohémie est une mycose spécifique qui non seulement peut résulter d'une plaie ou d'une suppuration préalable, mais encore d'une plaie *récente* et qui peut venir compliquer toutes les formes connues de maladies infectieuses chirurgicales. DE SANTI.

Étude expérimentale sur la septicémie gangreneuse, par A. CHAUVEAU et S. ARLOING (*Bull. de l'Ac. de méd.*, 2e *série, tome XIII*, n° 19, *et Lyon méd.*, 18 *novembre* 1883).

La septicémie gangreneuse a été inoculée la première fois par Bottini. Les accidents qu'elle détermine sont causés par le micro-organisme que Pasteur a décrit sous le nom de *vibrion septique*.

Chez l'homme et les animaux susceptibles de contracter expérimentalement la septicémie gangreneuse, le micro-organisme spécifique se présente avec des caractères particuliers dans le tissu conjonctif et les séreuses. Il a : 1° tantôt les caractères d'un bacille (de $0^{mm},006$ à $0^{mm},050$ sur $0^{mm},0012$ à $0^{mm},0015$) pourvu d'une spore à l'une de ses extrémités, laquelle est parfois légèrement renflée.

2° Tantôt les caractères d'un bacille à protoplasma homogène, un peu plus allongé que le précédent ($0^{mm},012$ à $0^{mm},030$).

Dans les séreuses, ce bacille prend une longueur considérable ($0^{mm},035$ à $0^{mm},065$), se segmente en articles plus ou moins nombreux, mais ne présente jamais de spores.

Expérimentalement, lorsque la mort succède à une inoculation intraveineuse, le bacille existe dans toutes les séreuses. Lorsque l'inoculation est faite à la cuisse, il se borne ordinairement à envahir le péritoine. Si elle est pratiquée à la nuque, c'est la plèvre et le péricarde qu'il atteint de préférence.

Le micro-organisme virulent n'envahit le système circulatoire sanguin qu'à la fin de la maladie ou même après la mort; il revêt souvent la forme amoindrie des bacilles du tissu conjonctif et celle de simples microcoques.

La sérosité du foyer traumatique et celle des foyers consécutifs (sang, péritoine, plèvre, etc., etc.) est inoculable et reproduit indistinctement les mêmes lésions et les mêmes formes microbiennes, dans les mêmes régions de l'organisme.

Le bacille de la septicémie gangreneuse est inoculable à la plupart des animaux à sang chaud. Seul le bœuf se montre insensible à son influence. Comme l'avait déjà remarqué M. Tédenat, les batraciens sont tués par le bacille, comme les animaux à sang chaud, à la condition qu'on élève la température de leur corps en chauffant à 22° l'eau dans laquelle ils vivent.

Le tissu conjonctif, à l'abri de l'air, constitue la voie la plus favorable à l'inoculation de la septicémie gangreneuse. Le système vasculaire sanguin offre une tolérance remarquable. Au contraire, le virus ren-

contre dans les tissus qui se mortifient à l'abri de l'air les conditions les plus favorables à la production de ses effets.

Les phénomènes consécutifs à l'inoculation du virus dans le tissu conjonctif ressemblent à peu de chose près aux symptômes locaux classiques de la septicémie gangreneuse de l'homme (chaleur, gonflement et tension douloureuse de la région inoculée, suivie d'une infiltration gazeuse qui finit par entraîner la mortification et l'abolition de la sensibilité sur une zone centrale plus ou moins large). Ces phénomènes peuvent manquer chez les très petits animaux, qui succombent rapidement à l'inoculation d'une forte dose. En revanche, ils sont extrêmement marqués chez l'âne et le cheval.

Quant à l'inoculation intra-veineuse, elle offre le plus haut intérêt, en ce sens qu'elle démontre que la septicémie gangreneuse est, comme la plupart des maladies infectieuses, soumise à la loi de non-récidive. Sous ce rapport, l'âne est le sujet qui offre les plus beaux exemples d'immunité acquise artificiellement par deux ou trois inoculations intra-veineuses.

Généralement, la première inoculation d'épreuve faite sur les animaux de ce genre, dans le tissu conjonctif sous-cutané de l'encolure, est suivie d'un gonflement chaud, douloureux, assez étendu, qui se circonscrit ensuite et se termine en huit jours par un abcès. Celui-ci renferme du pus de bonne nature, épais, inodore, dont l'inoculation au cobaye peut causer une septicémie gangreneuse type. A quelques jours de là, si l'on tente une seconde épreuve, les accidents locaux seront moins accusés et le pus de l'abcès sera irrégulièrement inoculable. Enfin, une troisième épreuve produira un simple gonflement qui se résoudra spontanément sans abcès. Des résultats semblables ont été obtenus chez le mouton et le chien. Cela prouve que le milieu sanguin est susceptible d'atténuer les effets du virus de la septicémie gangreneuse, ainsi que cela a lieu pour la péripneumonie contagieuse et le charbon bactérien ou emphysémateux du bœuf. Une première immunité étant produite, il est possible de la renforcer par des inoculations successives.

Comme les maladies virulentes en général, la septicémie gangreneuse peut se transmettre au fœtus si la mère est frappée pendant la gestation. Les lésions musculaires et conjonctives peuvent faire défaut, mais le péritoine renfermera les bacilles longs ou segmentés caractéristiques.

Ainsi que Bottini, les auteurs ont constaté que les humeurs virulentes de la septicémie gangreneuse perdent insensiblement leurs propriétés nocives en raison directe des progrès de la putréfaction. Au bout de deux mois, leur virulence est généralement éteinte. Mais, si on les dessèche entre 15 et 38 degrés, avant que la putréfaction s'en empare, elles conservent leur virulence presque indéfiniment.

A l'état frais, le virus oppose une grande résistance aux agents antiseptiques. Sur une série de 25 antiseptiques liquides, dissous ou gazeux, mis au contact du virus pendant 24 heures, à la température de 15 degrés, l'acide sulfureux seul a détruit sûrement et constamment ses propriétés pathogènes. L'acide sulfhydrique naissant, le permanganate de potasse à 1/50, le nitrate d'argent à 1/100, la solution alcoolique d'eucalyptol à 1.10, les vapeurs de brome, en ont simplement atténué les effets. L'eau oxygénée au titre 12, le sublimé corrosif en solution de 1/10,000 à

1/1500, le nitrate d'argent de 1/200 à 1/500, les vapeurs de brome, d'iode, d'acide chlorhydrique, l'iodoforme, le sulfure de carbone à 1/10, l'acide tannique à 1/20, le chloral à 1/5, n'ont produit aucune modification dans l'activité du bacille.

En revanche, si l'on élève la température ambiante à 36 degrés, l'acide phénique à 3/100 se montre un parfait antiseptique. Dans les mêmes conditions, les solutions d'acide phénique à 3, 2 et même 1 0/0 peuvent détruire *le virus sec* au bout de 6 heures de contact.

Quant au virus non desséché, il faut des températures élevées pour le réduire à l'impuissance. Ce n'est qu'après avoir été chauffé à 100 degrés qu'il est devenu inoffensif pour le cobaye. Il est détruit en moins de 10 minutes par la température de 120 degrés.

Il résulte de l'ensemble de ces expériences que l'on a peu de chances d'opposer les antiseptiques, avec succès, à l'extension de la septicémie gangreneuse dans les tissus vivants. L'amputation prompte, au-dessus et loin du foyer, quand elle est possible, est seule capable de sauver quelquefois la vie des malades. Étant donné que l'infection provient du dehors, il importe de stériliser les instruments de chirurgie et les pièces de pansement. La chaleur est le moyen le plus efficace pour atteindre ce but.

En terminant, les auteurs consacrent un chapitre spécial à établir l'identité de la septicémie gangreneuse et de la gangrène traumatique décrite par Renault d'Alfort en 1840. Bien que cet auteur ne soit pas arrivé à la notion exacte des germes septiques, ce qui se conçoit à l'époque où il écrivait, l'étude de sa description ne permet pas de conserver de doutes à cet égard. GASTON DECAISNE.

Sur le ferment fibrinogène et sur les actions toxiques exercées par quelques organes frais, par P. FOA et PELLACANI (*Arch. ital. de biologie, t. IV, f. I, p.* 56).

Au dire des auteurs, les dilutions aqueuses des viscères frais, injectées par la veine jugulaire des lapins, produisent souvent la mort de ces animaux avec les symptômes de l'asphyxie la plus aiguë, par suite de la coagulation du sang dans le cœur et dans les vaisseaux de la petite circulation. L'action de ces dilutions diffère comme énergie selon les viscères employés, et voici leur classification en allant du plus au moins énergique : cerveau, capsules surrénales, testicules, reins, glandes lymphatiques, foie; d'ordinaire les dilutions aqueuses de rate sont sans action sur l'organisme.

Indépendamment du ferment fibrinogène, les capsules surrénales contiennent un poison auquel on doit particulièrement attribuer quelques graves phénomènes de prostration, de collapsus, de paralysie motrice et sensitive ainsi que des troubles graves de la respiration d'origine nerveuse centrale. C. GIRAUDEAU.

Exitus lethalis nach Erysipelimpfung bei inoperablem Mammacarcinom und mikroskopischer Befund des geimpften Carcinom (Mort par suite d'une inoculation d'érysipèle dans un cas de cancer inopérable de la mamelle et examen microscopique du cancer inoculé), par O. JANICKE et A. NEISSER (*Centralbl. f. Chir., n°* 25, *p.* 401, 1884).

Se basant sur les recherches cliniques et expérimentales de Busch,

Volkmann et Fehleisen à propos de l'action de l'érysipèle sur le cancer, Janicke, sur une femme de 40 ans, atteinte d'un squirre en masse, récidivé et inopérable, du sein et de l'aisselle, essaya l'inoculation de l'érysipèle. Les matériaux nécessaires, à savoir une culture pure de micrococcus de l'érysipèle sur de la gélatine, lui furent fournis par Fehleisen. L'inoculation fut faite le 20 mai, à 11 heures du matin, par une série de scarifications à la surface de la tumeur. Le soir même, frisson, température 40°,2 ; phénomènes généraux très violents ; l'érysipèle envahit toute la poitrine, les deux bras, le ventre, le cou et le dos, et la malade meurt le 24 au soir.

Pendant ces quatre jours on remarqua que la tumeur, dans son ensemble, avait diminué de consistance et d'étendue, et même qu'un noyau de la grosseur d'une noisette, probablement un ganglion sous-claviculaire engorgé, s'était entièrement résorbé.

A l'autopsie on constatait une énorme imbibition séreuse et un ramollissement général du squirre ; le noyau sous-claviculaire n'était plus représenté que par une mince couche du tissu conjonctif infiltré de sérosité.

L'examen histologiqne, pratiqué par Neisser, démontre qu'il s'agit d'abord d'un carcinome typique, d'un squirre. Mais, sur des préparations colorées par le brun de Bismarck, on voit les travées conjonctives interalvéolaires infiltrées de traînées brunâtres donnant naissance à des prolongements qui, en certains points, pénètrent dans les alvéoles. Les alvéoles en question sont pauvres en cellules, quelques-unes même complètement dépourvues de cellules cancéreuses. Ça et là des leucocytes entre les faisceaux de fibres conjonctives. — A un fort grossissement et sur des préparations colorées par le bleu de méthyle de Löffler ou la solution de Gram, on voit que ces traînées brunâtres ne sont autre chose que des amas de micrococcus, fortement colorés et disposés en lignes sinueuses, entrelacées ; chaque colonie est formée par une série de micrococcus groupés deux à deux suivant des filaments qui se pelotonnent et s'emmêlent dans tous les sens.

Les minces tractus qui se détachent des larges travées interalvéolaires pour pénétrer dans les alvéoles ne sont autre chose que des filaments de micrococcus qui s'insinuent d'abord entre les cellules cancéreuses, les enlacent, les pénètrent probablement et finalement laissent à la place de l'alvéole, dont les cellules ont disparu, un amas de micrococcus de forme et de grandeur identiques à l'alvéole qui lui a servi de moule. Dans les alvéoles partiellement envahies, les cellules cancéreuses étaient plus pâles, moins bien colorées que dans les alvéoles saines, de telle sorte que Neisser admet la pénétration directe dans la cellule du micrococcus, qui y produirait une sorte de nécrose, de coagulation.

La disposition en chaîne, le groupement deux à deux, la forme, la grandeur et les réactions des micrococcus ne laissent aucun doute sur leur identité avec ceux que Koch et Fehleisen ont décrit dans l'érysipèle ; d'autre part, la pureté de la culture et la marche clinique de la maladie confirment qu'il s'agissait bien d'un érysipèle.

En conséquence, l'auteur conclut que « les alvéoles cancéreuses disparaissent au fur et à mesure de l'envahissement des micrococcus, et cela sans aucune réaction inflammatoire du côté du tissu conjonctif, bien plus

même, comme il semble, par l'action directe des micrococcus sur les cellules cancéreuses. Les micrococcus pénètrent le carcinome par les larges travées conjonctives interalvéolaires et passent de là dans les alvéoles, dont ils détruisent les cellules.

Dans le cas actuel, l'érysipèle s'était étendu jusqu'à la paroi costale, à travers le cancer, et c'est ce qui explique sa marche foudroyante. Peut-être, dit Janicke, avec une culture modifiée, telle qu'on est arrivé à en produire pour les lapins, arrivera-t-on à pouvoir faire chez l'homme des inoculations inoffensives mais efficaces.

Quoi qu'il en soit, ce fait démontre à la fois, et le danger des inoculations thérapeutiques d'érysipèle, et la possibilité des guérisons du cancer par l'érysipèle. DE SANTI.

Des nouvelles acquisitions sur la rage, par ROUX (*Thèse de Paris, n° 398, 1883*).

L'auteur expose le résultat des recherches faites sous la direction de Pasteur au sujet de la rage.

Au lieu de la salive rabique, dont l'injection est souvent stérile, on emploie au laboratoire un virus rabique *pur*, la substance nerveuse ; on l'inocule dans la cavité arachnoïdienne ; en pratiquant cette opération *avec pureté*, on obtient de tels succès qu'au laboratoire le virus rabique est entretenu depuis des années par ce procédé. En opérant ainsi, la *période d'incubation a été presque supprimée*. Les chiens inoculés donnent par morsure la rage classique à d'autres animaux, chiens, lapins.

Le virus rabique se conserve dans l'encéphale ou la moelle, tant qu'ils ne sont pas envahis par la putréfaction.

La rage de l'homme est transmissible au lapin et du lapin au chien, sans qu'on puisse surprendre dans ces passages une diminution dans la virulence.

Lorsqu'on injecte avec toutes les précautions de pureté nécessaires dans les veines d'un chien un peu de bulbe rabique soigneusement broyé et tenu en suspension dans du liquide stérilisé, on produit la rage. La période d'incubation n'est pas plus longue que dans le cas de l'inoculation intra-arachnoïdienne, mais au lieu de la rage furieuse ou de la rage mue, on voit survenir une rage paralytique ; une autre forme se traduit par des démangeaisons terribles ; quelquefois le principal symptôme est une érection incessante ; dans d'autres cas, le corps convulsé prend des attitudes étranges ; d'autres fois la maladie éclate par des spasmes pharyngiens presque continuels ; dans tous ces cas la fin est en général plus prompte que dans la rage ordinaire. Ces formes médullaires doivent se présenter dans la pratique et être méconnues.

Il existe au laboratoire quatre chiens auxquels on n'a pu communiquer la rage, même en les inoculant à plusieurs reprises dans la cavité arachnoïdienne et dans les veines avec du bulbe rabique, dont la virulence était attestée par la mort de chiens témoins.

Contrairement aux expériences de M. Galtier, les injections veineuses de salive rabique n'ont pas conféré l'immunité aux chiens ; il est vrai qu'elles ne font pas apparaître la rage même à doses massives. C. Z.

Die Bacilli des Rotzes und ihre Bedeutung für die Diagnose (Les bacilles de la morve et leur valeur séméiologique), par WASSILIEFF (*Deustche med. Woch.*, *n°* 11, 1883).

L'auteur a trouvé dans le sang et dans les sécrétions d'un morveux les bacilles décrits par Löffler et Schütz.

Il a pris au doigt du malade une goutte de sang qu'il a laissé sécher entre deux lames de verre, puis il a placé la préparation dans un bain d'air à 110 degrés pendant une demi-heure. Après le refroidissement il l'a plongée dans une solution aqueuse concentrée de bleu de méthyle, l'a tenue pendant quelques minutes dans la flamme de la lampe à alcool; après lavage à l'eau distillée et addition d'acide acétique, il l'a enfin séchée et mise à l'abri de l'air. Avec l'oculaire II et les objectifs III et VI d'Hartnack il a vu au milieu des globules du sang des bactéries filiformes, grandes comme les bacilles de la tuberculose, et contenant de 2 à 4 spores.

Le liquide des pustules, arrivé ou non à maturité, et les sécrétions du nez lui ont fourni des résultats identiques avec le grossissement de 900 à 1,300. Ce sont les pustules jeunes qui contiennent le plus grand nombre de bacilles. Presque tous les bacilles contiennent des spores.

L'auteur considère ces éléments caractéristiques comme utiles au diagnostic de la morve. On sait, en effet, que cette grave maladie peut être méconnue pendant des semaines, et qu'on est parfois obligé d'attendre les éruptions pustuleuses et le jetage, symptômes souvent tardifs, pour déterminer la nature des accidents. Le microscope permettrait donc d'établir le diagnostic au début. L. GALLIARD.

La fièvre traumatique nerveuse et l'influence des lésions du cerveau sur la température générale, par Ch. RICHET (*Soc. de biol.*, 29 *mars*, *et Trib. méd.*, 13 *avril* 1884).

Cette note n'est que le prélude d'une étude plus complète, que se propose de faire l'auteur sur les lésions traumatiques du cerveau au point de vue de la température générale. D'après plusieurs expériences sur des chiens et des lapins, M. Ch. Richet a constaté que l'excitation du cerveau en certaines parties de l'écorce produisait constamment une élévation de température générale, une fièvre traumatique nerveuse, comme il l'appelle, telle qu'en quelques heures on notait une élévation de 1, 2 et 3 degrés. S'agit-il d'une production plus grande ou d'une déperdition moindre de chaleur? Est-ce une excitation de l'écorce cérébrale ou une suppression d'action? Faut-il assimiler cette fièvre cérébrale traumatique à la fièvre que détermine parfois l'excitation d'un nerf périphérique? Autant de questions dont la solution sera recherchée ultérieurement. OZENNE.

Culture et inoculation des microcoques de l'ostéomyélite, par BECKER (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 52, *p.* 816, 24 *décembre* 1883).

Becker, avec toutes les précautions antiseptiques, a recueilli du pus chez six malades atteints d'ostéomyélite aiguë infectieuse et l'a cultivé tantôt sur des rondelles de pommes de terre stérilisées, tantôt dans le sérum sanguin.

L'inoculation des produits de ces cultures, faite soit sous la peau, soit

directement dans le sang, n'a donné de résultats caractéristiques qu'autant qu'au préalable on avait fait subir un traumatisme (contusion, fracture sous-cutanée) aux os.

Dans ces conditions, les animaux succombaient généralement dans la quinzaine. Au niveau du traumatisme, on trouvait à l'autopsie une grande quantité de pus, l'os dénudé de périoste et (en cas de fracture) la cavité médullaire pleine de pus.

Le sang et le pus provenant des animaux ayant succombé à l'inoculation, quand on les replace dans les sols nourriciers signalés, donnent sans exception des produits identiques aux précédents. Toutes ces cultures ont une odeur spéciale de levain corrompu. J. B.

Vorläufige Mittheilung über die akute Osteomyelitis beim Menschen erzeigenden Mikroorganismen (Communication préalable sur les microbes qui provoquent l'ostéomyélite aiguë chez l'homme), par ROSENBACH (*Centralblatt für Chirurgie*, *n°* 5, *p.* 65, 1884).

Struck ayant déjà fait, par l'organe de Becker, une communication préalable sur la découverte, à l'office sanitaire de Berlin, du microbe de l'ostéomyélite aiguë (*Deut. med. Woch.*, 1883, n° 46), l'auteur, qui prépare un grand travail à ce sujet, s'est également décidé à faire une communication préalable pour établir la priorité de ses recherches. Depuis 7 ou 8 ans il soutient que l'ostéomyélite aiguë est une maladie infectieuse, spécifique, différente des infections putride, purulente et autres. Il a cru au début que l'agent de cette maladie n'était autre que le ferment lactique, car des lapins auxquels il faisait simultanément une fracture et injectait dans une veine une culture de ferment lactique, étaient pris, au bout de huit ou dix jours, d'une ostéomyélite aiguë, nécrosique, au niveau de la fracture; mais le même résultat étant obtenu avec des matières putrides quelconques et ne pouvant être obtenu en l'absence d'un traumatisme, il abandonne cette idée.

Plus tard, en 1881, il cultiva suivant la méthode de Koch du pus d'ostéomyélite et parvint à isoler un micrococcus orangé qu'il nomme *Staphylococcus pyogenes aureus*, et qu'il considère non seulement comme l'agent producteur de l'ostéomyélite, mais encore comme le microbe de la suppuration en général. En effet, sur 35 cas d'abcès profonds ou sous-cutanés, sans communication avec l'air extérieur, il a trouvé 17 fois ce micrococcus; il l'a en outre rencontré 2 fois sur 5 dans l'empyème, 2 fois sur quatre dans la septicémie et 14 fois sur 15 dans l'ostéomyélite. Ce microbe, du reste, est mélangé à beaucoup d'autres organismes que l'auteur décrira en détail dans le travail qu'il prépare.

Rosenbach n'a pas, comme Struck, injecté des cultures de son microbe à des animaux en leur fracturant ou contusionnant les os, parce qu'il était déjà édifié sur la valeur de ces expériences; mais si, comme le pense Struck, le traumatisme est inutile chez l'homme pour déterminer la localisation du microbe dans les os, R... croit avoir découvert le microbe spécifique de l'ostéomyélite aiguë. DE SANTI.

Ueber einen bei der akuten infectiösen Osteomyelitis der Menschen vorkommenden Microkokkus (Note sur un micrococcus constaté dans l'ostéomyélite

infectieuse aiguë de l'homme), par F. KRAUSE (*Fortschritte der Medicin nos 7 et 8, 1er et 15 avril* 1884).

Dans ses recherches, l'auteur n'a utilisé que le pus provenant d'abcès restés jusqu'alors à l'abri du contact de l'air et ouverts avec toutes les précautions antiseptiques; placé dans des tubes stérilisés et fermés avec de la ouate, le pus a pu être ensuite déposé dans des liquides de culture, tels que le sérum sanguin stérilisé du mouton, le bouillon de viande peptonisé et gélatinisé, etc.; dans de telles conditions il se formait de véritables colonnes de micrococcus réunies sous la forme de petits amas arrondis, de coloration gris jaunâtre, qui devenait plus tard orangée; cette propriété que possèdent ces micrococcus, de former des petits amas arrondis de coloration spéciale, leur serait particulière et leur appartiendrait en propre.

Sur les neuf cas d'ostéomyélite que l'auteur a eu l'occasion d'examiner, deux surtout ont présenté des phénomènes et une marche assez particulière, en ce que de nouveaux accidents sont apparus après une rémission plus ou moins longue; cette rémission semblait avoir duré près de 30 ans dans un de ces cas; il est vraisemblable, dit-il, que quelques germes sont restés dans l'os malade, absolument inertes, et que sous l'influence d'une cause inconnue ils ont récupéré une nouvelle activité vitale.

Les inoculations qu'il a pratiquées sur les animaux ont été très nombreuses; il s'est servi pour cela des micrococcus obtenus par une culture de la sixième génération; elles ont été faites sur des lapins, des cobayes ou des souris, et pratiquées soit au moyen de l'aiguille à inoculation, soit au moyen d'injections sous-cutanées ou intraveineuses; dans ce premier cas les piqûres de la peau n'ont absolument rien produit; si elles étaient pratiquées sur la cornée, on voyait se former une petite tache grisâtre, mais qui ne tardait pas à disparaître après quelques jours; dans les cas rares où il se formait un hypopyon, le pus ne présentait pas de micro-organismes et les cultures restaient entièrement négatives.

Les injections sous-cutanées faites avec une solution diluée de liquide de culture n'ont donné aucun résultat; faites dans la cavité intrapéritonéale, elles ont déterminé des péritonites mortelles, mais sans produire d'altérations dans d'autres organes. Au contraire, les injections intraveineuses faites dans la jugulaire interne ont généralement déterminé la mort après la première injection; les animaux mis en expérience, qui avaient résisté, succombèrent après une seconde injection faite de 2 à 3 mois après la première; aucun sujet ne se montra absolument réfractaire. Dans ses recherches cadavériques, l'auteur constata presque toujours un épanchement articulaire séro-purulent; il constata également l'existence d'abcès musculaires, et dans presque tous les cas où il avait, avant l'injection, déterminé une fracture ou une félure d'un des os des membres, il a pu observer qu'il s'était formé, soit sous le périoste, soit dans la moelle osseuse, surtout aux environs de la fracture, des abcès plus ou moins volumineux contenant des micrococcus qui, cultivés, reproduisaient la forme particulière qu'il leur a décrite.

En outre, il existait parfois une légère quantité d'albumine dans les

urines, en même temps que des micrococcus en assez grand nombre; si les infarctus rénaux étaient fréquemment observés, l'auteur n'a pu, dans la grande majorité des cas, constater l'existence d'abcès dans d'autres organes. Sans poser des conclusions absolument définitives, l'auteur pense que le micrococcus de l'ostéomyélite infectieuse de l'homme est un micro-organisme pyogénique, portant son action de préférence sur les appareils du mouvement, articulations, os et muscles. Ce même micrococcus a été retrouvé par l'auteur dans le pus des anthrax, de la nuque en particulier, tandis qu'il n'a jamais pu le retrouver dans le pus provenant d'abcès d'autre origine; cultivé et inoculé suivant le même procédé qu'il avait employé pour le micrococcus de l'ostéomyélite, il a pu constater de nouveau les mêmes résultats; il semble donc y avoir entre ces deux micro-organismes identité absolue. W. ŒTTINGER.

Note sur les microbes du phlegmon-cutané et sur leur siège, par V. CORNIL (*Archives de physiologie*, 1er *avril* 1884).

Le pus de phlegmons cutanés venus à la suite d'une contusion avec ou sans solution de continuité de la peau, ou d'une lymphangite superficielle consécutive à une plaie, recueilli à la première incision faite par le chirurgien, contient toujours des micrococcus. Pour en expliquer la production dans les cas où la peau n'offre pas de solution de continuité, on pourrait supposer que les microbes de la suppuration existent normalement en petit nombre dans les liquides de l'économie; qu'ils sont sans action nocive sur les tissus normaux, mais qu'ils se multiplient et déterminent la suppuration lorsque des tissus mortifiés ou lésés ne leur opposent plus une résistance suffisante.

Ces micrococcus sont disposés en points simples, en points doubles, en chainettes et en amas; leur forme est arrondie ou lenticulaire; leur diamètre varie de 0 μ 2 à 0 μ 6. Ils sont libres, ou contenus dans le protoplasma des cellules du pus.

Dans le phlegmon profond, leur topographie est la suivante :

Dans les parties infiltrées de pus, on ne voit que des fragments de noyaux, des micrococcus libres, des faisceaux isolés et des filaments fibreux dissociés couverts de micrococcus.

A la périphérie des foyers de suppuration, où l'inflammation est peu intense, les micrococcus siègent dans les vaisseaux souvent thrombosés, dans les globules blancs qui y sont contenus, dans l'exsudat inflammatoire, dans les cellules lymphatiques migratrices et dans les cellules fixes tuméfiées du tissu conjonctif envahi.

Enfin, si l'examen porte sur la peau à peine congestionnée et non encore atteinte par l'inflammation, au moment où elle est soulevée et envahie par un foyer purulent venu des parties profondes, on trouve des diplococcus entre les faisceaux du tissu conjonctif de la base du derme. Cependant les cellules fixes de ce tissu sont normales et il n'y a pas encore de cellules lymphatiques en migration, de telle sorte que l'invasion des microbes à la périphérie du foyer précède la migration des cellules et l'extension de l'exsudat inflammatoire.

Dans la lymphangite suppurative, superficielle, le siège des micrococcus est différent du siège des microbes dans le phlegmon profond. Les micro-organismes se rencontrent dans les couches superficielles de

la peau, dans le réseau papillaire, entre les fibrilles serrées des papilles et entre les faisceaux de la surface du derme; ils sont libres ou situés dans les cellules migratrices et dans les cellules fixes tuméfiées. A un moment donné, il se fait une migration de cellules lymphatiques en nombre considérable dans le corps muqueux de Malpighi, en même temps que l'épiderme se ramollit et se détache partiellement sous l'influence du liquide et des cellules venues des papilles. Les cellules migratrices et le liquide entraînent avec eux des micrococcus qu'on peut voir après la coloration par le violet de méthyle B sur des coupes, dans les couches épidermiques. A. GILBERT.

Étude anatomo-pathologique de la dyssenterie et recherches sur les nécroses expérimentales de la muqueuse intestinale, par KIENER et KELSCH (*Arch. de physiol.*, 1884).

Les résultats des expériences contenues dans ce travail peuvent éclairer divers points de l'anatomie pathologique de la dyssenterie. Les lésions produites par l'ammoniaque, ainsi que celles produites par la dyssenterie résultent en effet de l'association de la nécrose du tissu avec des phénomènes inflammatoires. Elles comportent deux degrés en rapport avec l'action plus ou moins intense du poison. Si l'action caustique a été assez profonde pour intéresser avec la muqueuse la couche vasculaire sous-jacente de la sous-muqueuse, c'est, dans les deux cas, la gangrène qui se produit. Si l'action a été plus superficielle, et n'a intéressé que les couches superficielles ou la totalité de la muqueuse, les parties intéressées présentent les caractères de la nécrose sèche.

Toutefois, si on compare les caractères de cette nécrose sèche dans les deux cas, les analogies cessent, et de notables divergences deviennent évidentes. L'action superficielle de l'ammoniaque donne lieu à la formation, aux dépens de la muqueuse, d'une pseudo-membrane réticulée, analogue à celle que revêt la muqueuse du pharynx et du larynx dans la diphtérie; l'action superficielle du poison dysentérique produit une lésion type que les auteurs ont décrite sous le nom d'escarre sèche.

Les formations réticulées que l'on rencontre quelquefois dans l'intestin dysentérique sont éventuelles et n'intéressent que des portions restreintes; elles ne sauraient être considérées comme l'expression typique du processus. Il importe d'autant plus de marquer les différences qui existent entre l'escarre dysentérique et la pseudo-membrane diphtéroïde qu'il existe, au sujet de la définition du mot *diphtérie*, en France et en Allemagne, une divergence qui a donné lieu à mainte confusion.

L'escarre sèche de la dysenterie ne peut être comparée à la pseudo-membrane diphtéroïde produite par l'ammoniaque qu'au seul point de vue du mode de transformation que subissent les éléments anatomiques après la mort. Après l'action de l'ammoniaque l'effet nécrosique est immédiat et brutal; la réaction inflammatoire soudaine et violente lui succède après un intervalle de temps, et ultérieurement s'établissent les phénomènes de réparation. Dans le foyer dysentérique, la nécrose procède avec une certaine lenteur, détruisant cellule par cellule de la surface vers la profondeur; les phénomènes inflammatoires et réactionnels sont très modérés, et mélangés dès le début aux phénomènes de né-

crose ; de là, une lésion inimitable par les moyens mécaniques ou chimiques.

D'autre part, les phénomènes de nécrose ne sont pas seulement initiaux ; ils se renouvellent dans tout le cours de la maladie, mettant obstacle à la réparation des pertes de substance. Le poison spécifique incessamment reproduit imprime à l'ensemble du processus jusqu'à sa terminaison un caractère atonique et nécrosique. Enfin, la spécificité de la dysenterie se manifeste encore dans le mode d'extension du processus, dans ses poussées successives et dans la marche régulièrement descendante du cœcum vers l'anus qui rappelle la propagation du tubercule du sommet à la base du poumon. V. H.

La genèse des ptomaïnes, par Fr. COPPOLA (*Arch. ital. de Biologie, t. IV, f. I, p.* 63).

L'auteur, se proposant de vérifier les résultats obtenus par divers expérimentateurs, résultats concluants à la présence des ptomaïnes dans l'organisme vivant, a traité du sang artériel recueilli dans une solution d'acide salicylique par une foule de substances indiquées comme réactifs de ces alcaloïdes. Il conclut de ses recherches que le sang artériel normal ne contient point de substances alcaloïdes, mais que ces subtances s'y forment à la suite des manipulations exigées par les différentes méthodes d'extraction. C. GIRAUDEAU.

Faits montrant que toutes ou presque toutes les parties de l'encéphale, chez l'homme, peuvent déterminer certaines inhibitions, par BROWN-SÉQUARD (*Soc. de Biol.*, 17 *mai et Trib. Méd.*, 25 *mai* 1884).

Dans ses cours au Collège de France, l'auteur avait avancé que presque toutes les parties de l'encéphale pouvaient déterminer la paralysie des membres, et que ces paralysies dépendaient le plus souvent, non d'une perte de fonctions des parties lésées, mais d'une influence inhibitoire partant du siège de la lésion ou de son voisinage, et s'exerçant sur d'autres parties de l'encéphale ou de la moelle épinière et peut-être même aussi sur les terminaisons des nerfs moteurs. Comme preuve de cette assertion, M. Brown-Séquard a rassemblé une série de faits, qu'il communique à la Société, et qui montrent qu'il peut se produire, par inhibition : 1° la paralysie des sphincters de la vessie et de l'anus, ou de l'un seul de ces sphincters ; 2° la perte de la déglutition ; 3° la perte de la faculté réflexe de la moelle épinière ; 4° une longue persistance de diminution de force et de vitesse du cœur. OZENNE.

Influence de l'extension du nerf sur sa conductibilité et son irritabilité, par ROGOWITCH (*Ouniversit. Izwéstia de Kiéw.*, n° 1, 1884).

L'auteur, interne à la clinique médicale de Kiew, a entrepris, à l'aide d'appareils enregistreurs très exacts, une série d'expériences sur des grenouilles (dont le cerveau et la moelle épinière étaient préalablement détruits) dans le but d'étudier l'effet de l'extension du nerf sciatique sur sa conductibilité et son irritabilité.

Voici les résultats de ces recherches expérimentales :

1° Après l'extension du nerf une partie des fibres nerveuses dégénère complètement ;

2° La conductibilité du nerf diminue considérablement après l'extension ;

3° L'irritabilité diminue aussi, mais plus inégalement ;

4° La diminution de la conductibilité peut se produire sans une diminution correspondante de l'irritabilité ;

5° La conductibilité et l'irritabilité sont deux qualités distinctes du nerf qui peuvent varier indépendamment l'une de l'autre ;

6° L'effet curatif de l'opération de l'extension du nerf dans les maladies de ce dernier s'explique par l'élimination fonctionnelle et anatomique des cylindres-axes affectés, car ce sont surtout eux qui dégénèrent (dégénération granuleuse) après l'extension. W. HOLSTEIN.

Résumé d'une série d'expériences sur les effets de l'ablation des corps thyroïdes, par M. SCHIFF (*Revue médicale de la Suisse romande*, n° 2, 15 *février* 1884).

Tous les animaux chez lesquels les corps thyroïdes ont été enlevés, sont morts du quatrième au vingt-septième jour, et ceux qui ont survécu plus de seize jours sont morts après la complète guérison de la plaie. M. Schiff s'est assuré que la mort n'était pas due à une cause autre que la suppression du corps thyroïde. Les symptômes qui suivent la thyroïdectomie sont fort intéressants : *somnolence et indifférence* pour tout ce qui entoure l'animal opéré. Les chiens une fois complètement endormis ne peuvent pas être réveillés par des bruits ou des cris qui éveillent si promptement des chiens normaux ; mais les ébranlements et le contact de la peau de la tête, des cuisses et du dos les réveille subitement. *Lenteur* ou *hésitation des mouvements. Contractions fibrillaires* dans les muscles, pouvant aller jusqu'à un vrai *tétanos* d'origine centrale (suppression des contractions par section des nerfs moteurs). La *respiration cardiaque* (nerf phrénique irrité par la variation négative du cœur) se montre fréquemment. Les animaux témoignent parfois de *sensations de démangeaison* à la peau. La sensibilité tactile s'émousse ou disparaît quelque temps avant la mort, en s'éteignant de la périphérie vers le centre. La zone excitable du cerveau ne réagit plus aux irritations galvaniques les plus fortes, etc. Aux approches de la mort, la pression artérielle baisse extraordinairement par suite du relâchement des vaisseaux.

L'observation de ces symptômes très variés et très variables d'un animal à l'autre, rendent probable l'hypothèse que les glandes thyroïdes sont en rapport avec la nutrition du système nerveux central, sans que M. Schiff puisse préciser la nature de ces rapports. Le résultat de ces expériences intéressera vivement les chirurgiens et augmentera peut-être leur prudence quand il s'agira de pratiquer sur le corps thyroïde l'opération de l'ablation partielle ou totale — opération qui a déjà donné lieu à tant d'accidents mortels. L. F.

Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Herkunft des Fruchtwassers (Recherches critiques et expérimentales sur l'origine du liquide

amniotique), par **G. KRUKENBERG** (*Archiv. für Gynækologie, Band XXII Heft* 1).

Le résultat des expériences faites jusqu'à ce jour dans l'espèce humaine tendrait à établir que le passage dans le liquide amniotique d'une substance soluble administrée à la mère n'est pas un fait constant : d'après l'auteur, ce résultat négatif tient peut-être à l'imperfection des procédés chimiques. Chez les animaux on n'a pu jusqu'ici démontrer que le passage du sulfate d'indigo, et seulement à la suite d'injections intraveineuses, et exclusivement chez les lapins. Cette substance n'a jamais pu être décelée chez le fœtus, contrairement à ce qui a lieu dans l'espèce humaine où toute substance qui passe dans le liquide amniotique se retrouve dans l'urine du nouveau-né.

Les expériences faites par l'auteur pour rechercher dans le liquide amniotique l'iodure de potassium administré à la mère ont toutes abouti à un résultat positif. Ces expériences sont au nombre de 10. Les accouchées prenaient l'iodure de potassium quelques heures avant l'accouchement. Le liquide amniotique était recueilli complètement pur à l'aide d'un long trocart. Le liquide débarrassé de son albumine par l'incinération, était éprouvé à l'aide d'un réactif formé de colle d'amidon additionnée d'une trace de nitrate de potasse et d'un peu d'acide sulfurique. La coloration bleue caractéristique s'est montrée dans tous les cas. L'auteur a obtenu les mêmes résultats avec l'iodure de potassium chez des lapines, à la fin de la grossesse (6 expériences). Les résultats sont tout différents, pour l'espèce animale au moins, lorsque la femelle n'est pas à la fin de la grossesse. Ainsi sur sept lapines, qui avaient encore une dizaine de jours à porter, l'auteur n'a retrouvé dans le liquide amniotique aucune trace d'iodure de potassium, ou seulement des traces appréciables. L'iodure de potassium avait été injecté sous la peau à la dose de 1 gramme 1/2 et l'urine présentait une réaction très prononcée. L'auteur n'a eu qu'une seule fois l'occasion de pratiquer la même expérience chez la femme : accouchement prématuré spontané. La femme reçoit 2 grammes d'iodure; le liquide amniotique ne renferme pas trace d'iode. L'enfant pesait 1,850 grammes et mesurait 42 centimètres. L'urine de la mère présente une réaction intense; la réaction est faible dans la première urine de l'enfant, recueillie immédiatement après l'accouchement. Il résulte donc de ces expériences que : 1° dans les premières périodes de la grossesse, l'iodure de potassium ne passe pas régulièrement dans le liquide amniotique en quantité appréciable; 2° les résultats obtenus à la n de la grossesse chez le lapin et peut être aussi chez l'homme ne permettent pas de tirer des conclusions sur le mode de formation du liquide amniotique à une époque moins avancée de la grossesse.

La preuve de l'excrétion de l'urine fœtale dans le liquide amniotique n'a pas encore été fournie. La preuve de l'absence d'excrétion ne l'a pas été davantage : l'auteur s'attache ici à combattre les conclusions du travail de Porak.(Voy. *R. S. M.*, XI, 448.)

Les recherches physiques et chimiques qui ont été faites sur le liquide amniotique n'apportent aucune indication sur son mode de formation.

Fehling a émis l'opinion que le liquide amniotique est un produit de sécrétion du cordon ombilical. Cette opinion n'est pas encore démontrée

expérimentalement, elle n'est même pas vraisemblable d'après les deux expériences qu'a faites l'auteur. H. DE BRINON.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Sur le rôle de l'alcool dans la nutrition, par F. HENRIJEAN (*Bulletin de l'Académie des Sciences de Belgique, p.* 113, 13 *janvier* 1883).

F. Henrijean étudie l'influence exercée par l'ingestion de doses moyennes ou fortes d'alcool sur l'intensité de l'absorption d'oxygène par la respiration chez l'homme. Il constate que le chiffre de l'oxygène, consommé le matin par l'individu à jeun (3.500 c. c. d'oxygène en quinze minutes), augmente considérablement (4.170 c. c. o. en quinze minutes) sous l'influence d'une prise d'alcool : l'augmentation est comparable à celle produite par la digestion du premier déjeuner du matin (4.350 c. c. O. en quinze minutes).

Les expériences ont été faites au moyen d'un appareil respiratoire, construit par L. Fredericq sur le principe de l'appareil de Regnault et Reiset. D.

Caractères différentiels du chloroforme et du chlorure de méthylène sous le rapport physiologique, par J. REGNAULD et VILLEJEAN (*Bull. de la Soc. de Biol.*, 22 *mars* 1884).

D'un certain nombre d'expériences sur les chiens, les auteurs tirent les conclusions suivantes au sujet des rapports physiologiques du chloroforme et du chlorure de méthylène.

Les chlorures de méthylène que les auteurs ont étudiés et qui ont été livrés par l'industrie aux chirurgiens n'ont rien de commun avec le corps $CH^2 Cl^2$; ce sont de simples mélanges empruntant leurs propriétés au chloroforme seul.

L'action physiologique du chlorure de méthylène $CH^2 Cl^2$ est différente de celle du chloroforme. Dans l'ensemble symptomatique, ces deux corps ne se ressemblent que par la production de l'insensibilité.

Les symptômes résultant de l'inhalation du chlorure de méthylène (contractures, crises tétaniques, épileptiformes, choréiques) sont constants et de nature si effrayante, qu'il est impossible de penser à employer cet agent dans la thérapeutique chirurgicale.

Tandis que le chloroforme, en même temps qu'il anesthésie, produit, comme phénomène concomitant, une résolution musculaire aussi précieuse pour les opérations que rassurante pour le chirurgien, les mouvements désordonnés qui accompagnent et suivent l'anesthésie méthylénique constituent un obstacle matériel et moral à son emploi.

En présence de ces faits, n'est-il pas permis de se demander si jamais le chlorure de méthylène a été employé en chirurgie ? OZENNE.

. — **De quelques accidents produits par l'abus de la morphine, par JACQUET** (*Thèse de Paris, n° 176, 1882*).

II. — **Étude sur le morphinisme chronique, par Daniel JOUET** (*Thèse de Paris, n° 41, 1883*).

III. — **Ueber Wesen und Behandlung der chronischen Morphium vergiftung, par R. BURKART** (*Sammlung klinischer Vorträge, n° 237, 1884*).

I. — On peut attribuer à différentes causes les abcès et autres accidents inflammatoires externes observés chez les morphiniques :

1° A la malpropreté de la seringue et du liquide injecté ;

2° A l'état des tissus modifié par les piqûres répétées et le contact du liquide injecté ;

3° Mais ces deux causes ne sont pas applicables aux accidents survenus dans des régions vierges de piqûres, ni chez les individus intoxiqués par l'opiophagie. Aussi a-t-il lieu d'incriminer une troisième cause : l'état général des morphiniques, résultant de leur intoxication.

II. — Il y a trois catégories de personnes réfractaires au morphinisme :

1° Celles qui éprouvent à chaque injection des accidents tellement désagréables qu'elles préfèrent endurer leurs douleurs ;

2° Celles qui, trop éprouvées par l'atrocité de leurs douleurs, aiment mieux subir les accidents causés par le médicament. Elles continuent donc à se morphiniser, malgré le malaise, l'état nauséeux, les palpitations et les vertiges qu'elles ressentent inévitablement après chaque piqûre. Mais bientôt les troubles gastro-intestinaux s'aggravent, l'amaigrissement se produit et ces malades aboutissent à une cachexie qui n'est pas celle du morphinisme et qui tue beaucoup plus rapidement ;

3° La dernière catégorie de réfractaires est formée par les malades qui succombent dès la première injection, soit à cause d'une lésion des reins (vieillards), soit à cause de lésions cardio-vasculaires, soit enfin par suite d'une idiosyncrasie de nature inconnue.

Charcot signale comme le phénomène le plus précoce du morphinisme, important à connaître en cas de dissimulation, la souffrance réelle qu'éprouve le malade lorsque l'injection morphinée se trouve supprimée, retardée ou même simplement diminuée.

Un des symptômes les plus caractéristiques du morphinisme chronique est le tremblement des mains, qui est bien différent des tremblements alcoolique et sénile.

Le tremblement morphinique offre, à première vue, cette particularité qu'il semble résulter d'un mouvement de torsion du membre sur lui-même, tenant à la contraction alternative et continue des supinateurs et des pronateurs. Aussi, pour obtenir le tracé de ce tremblement, faut-il placer le tambour de Marey sur l'un des bords du membre.

Les oscillations du tremblement morphinique procèdent par poussées de 5, 6 ou davantage. Leur amplitude est variable, mais les intervalles qui les séparent sont parfaitement égaux. Chaque oscillation est régulière et se compose d'une ligne ascendante et d'une ligne descendante formant un angle très aigu, sans plateau.

Dans le tremblement sénile, les lignes d'ascension et de descente sont

reliées par une sorte d'arc de cercle. Dans le tremblement alcoolique, ces deux lignes sont irrégulières ; celle d'ascension est très prolongée et la chute est beaucoup plus brusque.

D'après Charcot, les accidents cutanés ne sont pas tant le fait du morphinisme que de la constitution, du tempérament des sujets. Les abcès se montrent surtout chez les scrofuleux, l'urticaire chez les rhumatisants.

III. — Burkart, dans ces trois dernières années, a traité 137 morphinisés.

Il n'établit pas de distinction essentielle entre la morphinomanie et le morphinisme ; l'une n'est qu'un symptôme de l'autre.

La plus haute dose journalière injectée par ses malades était de 3gr,5, la plus faible de 2 centigrammes. Chez une dame qui s'injectait dans les 24 heures 1gr,5 dissous dans 150 grammes d'eau, tous les téguments ne formaient qu'une plaie.

En dehors de son action sur le système nerveux, la morphine est un poison du cœur, des vaisseaux et de la circulation. Toutes les autopsies de morphiniques montrent une stase veineuse universelle. C'est dans la petite circulation, puis dans les reins, que la congestion est le plus marquée.

Au contraire, elle est le moins nette dans les centres nerveux.

Il arrive un moment où les altérations du système nerveux et du myocarde sont telles, qu'il y a plus de danger pour les malades à supprimer la morphine qu'à la continuer.

Durant le stade final du morphinisme chronique, on note les phénomènes suivants :

Augmentation modérée de la matité du cœur ; affaiblissement du choc de la pointe ; petitesse, irrégularité du pouls ; bruits cardiaques faibles mais normaux. Cyanose de la peau et des muqueuses ; hydropisies ; oppression pendant la marche ; sentiment de constriction thoracique, de prostration générale. Vertiges ; urines rares et albumineuses. Inappétence ; langue saburrale ; digestions paresseuses.

Que devient la morphine au sein de l'organisme ?

D'une part, Lassaigne, Christison, Taylor, Erdmann, Cloëtta, Buchner, Landsberg (*Pflueger's Archiv*, XXIII, 1880), Eliassow (*Thèse*, Kœnigsberg, 1882) soutiennent qu'elle y est transformée.

D'autre part, Barnel, Orfila, Bouchardat, Lefort, Dragendorff, Kauzmann, Gscheidlen, Marmé (*Deutsche medic. Wochenschrift*, n° 14, 1883) prétendent qu'on la retrouve inaltérée, non seulement dans l'urine, mais dans le sang et les organes.

De son côté, Vogt (*R. S. M.*, IX, 498) a montré qu'on peut déceler la morphine dans les fèces, alors qu'elle manque dans les urines.

En dehors de son intérêt scientifique, la question a une réelle importance au point de vue du traitement des morphinomanes.

Les expériences de Burkart l'ont amené à admettre la métamorphose de la morphine au sein de l'organisme et il en conclut que l'examen des urines des malades, pendant la cure d'abstinence, est illusoire ; son absence ne prouvant nullement que les malades n'en aient point pris en cachette.

Les troubles résultant de la suppression du narcotique, commencent

quelques heures après la dernière injection, par de l'agitation et de l'angoisse ; ils augmentent rapidement d'intensité et de nombre. Ils atteignent leur apogée en 2 ou 3 jours, persistent encore 2 ou 3 jours au même degré, puis diminuent lentement. Généralement, il se passe de 10 à 16 jours très pénibles pour les malades avant que les organes reprennent leurs fonctions normales.

Le traitement du morphinisme chronique est la partie qui a reçu le plus de développements dans l'opuscule que nous analysons. Contrairement à Levinstein et à Erlenmeyer, Burkart reste partisan de la suppression graduée du toxique, qui est moins dangereuse pour les malades et n'expose pas davantage aux récidives.

Burkart obtient 71 pour cent de guérisons, sans exercer aucune contrainte physique sur les malades qui restent libres à tout instant d'abandonner le traitement.

Habituellement la cure demande de 14 à 21 jours. Chez les malades très affaiblis, toutefois, la suppression de la morphine n'est complétée qu'au bout de 4 à 7 semaines.

Dès le moment où il commence à réduire la quantité de morphine injectée, Burkart fait prendre à tous ses malades, par la bouche, de l'opium, à la dose quotidienne de 3 à 9 centigrammes ou la quantité équivalente de teinture.

Il en continue l'administration plusieurs jours après qu'il a cessé les injections morphinées.

Un autre agent important de la médication sont les bains. Les malades qui ne supportent pas l'hydrothérapie, reçoivent des bains à 26 ou 28 degrés Réaumur (*R. S. M.*, XVI, 92, 93 et 496). J. B.

I. — Morphinisme et grossesse, par Ch. FÉRÉ (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.*, *n°* 30, *p.* 526, 1883).

II. — Morphinomanie, par MOTET (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e *série*, *X*, 22 *juillet* 1883).

III. — Further observation on chronic morphinism, par OBERSTEINER (*Brain*, *p.* 324, *octobre* 1882).

IV. — Ueber eine merkwürdige toxische Nebenwirkung des Morphium muriaticum, par A. COMANOS (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 42, *p.* 631, 16 *octobre* 1882).

V. — Zur Frage der Morphiumexanthem, par MOBIUS (*Idem*, *n°* 46, *p.* 707, 13 *novembre* 1882).

I. — L'auteur rappelle un fait publié par Braithwait, dans lequel l'intoxication par la morphine n'avait eu aucune influence sur la mère ou sur l'enfant. Pourtant il a eu à soigner une jeune femme de 22 ans, hystérique, enceinte de 6 mois, et qui, depuis plus de 3 ans, s'était habituée à prendre jusqu'à 24 centigrammes de morphine. Quand la diminution de cette dose considérable eût été poussée trop loin, il survint des coliques utérines qui forcèrent à interrompre la suppression graduelle. — Au moment de l'accouchement, la malade prenait encore 13 centigrammes par jour. L'enfant, brusquement démorphinisé, eut pendant 60 heures une agitation presque continuelle, au bout de laquelle tout rentra dans l'ordre.

Quant à la mère, la démorphinisation fut beaucoup moins rapide. Un mois après, il fallait encore lui donner 8 centigrammes, sans quoi les crises utérines la reprenaient aussitôt. Deux mois après toutefois, elle était absolument guérie. MARCUS.

II. — Femme de 28 ans, hystérique. Depuis 4 ans, elle abuse des injections morphinées, vendant, engageant ou empruntant tout ce qu'elle peut pour se procurer du narcotique au moyen de fausses ordonnances.

En 17 mois, un pharmacien lui livre à crédit 693 grammes de morphine, ce qui correspond à une consommation quotidienne de plus d'un gramme.

Tout à coup le pharmacien la pressant de le payer sous menace d'avertir son mari, elle perd d'autant plus la tête qu'elle se voit obligée de réduire le nombre de ses injections. Elle n'a plus alors qu'une idée fixe, se procurer à tout prix de la morphine.

Dans un grand magasin, elle fait choix de divers objets de lingerie, puis se rend à la caisse. La vendeuse, la voyant tirer son porte-monnaie, s'éloigne sans défiance. Mais sa cliente, déclarant au caissier qu'elle n'a pas assez d'argent sur elle, lui indique un faux nom et une fausse adresse pour se faire envoyer ses emplettes. Puis elle retourne aux rayons de lingerie et se fait remettre les objets qu'elle a choisis.

5 jours plus tard, elle rapporte une partie des articles qu'elle a dérobés, demandant qu'on lui en rembourse le prix, parce qu'ils ne lui conviennent pas.

Motet, chargé d'examiner l'état mental de l'inculpée, l'a étudiée pendant 6 semaines.

Cette femme offrait une mobilité de sentiments et d'idées excessive. Dès que l'excitation produite par la morphine était épuisée survenaient, avec du malaise, des impulsions irrésistibles et un désarroi complet du sens moral. Sa mémoire était très affaiblie. Étant sous le coup des poursuites, elle commit un second vol dans un autre magasin.

Il n'est pas douteux pour l'expert que les troubles intellectuels se sont aggravés avec la diminution des doses de morphine.

Le nombre des injections était resté le même; seule la dose en avait été réduite à l'insu de la malade.

Il y a donc là un effet tout physiologique, dans lequel l'imagination n'a aucune part.

Voici les conclusions de Motet :

Cette femme vit, depuis 2 ans surtout, dans un état de trouble intellectuel et moral entraînant la perte de conscience et la valeur de ses actes.

Le tribunal a acquitté l'inculpée et condamné le pharmacien qui lui avait délivré la morphine.

Depuis lors, bien qu'on n'eût diminué la dose de morphine que de 50 centigrammes par semaine, l'état mental de cette femme a encore empiré. Ne trouvant plus dans la dose de narcotique absorbée l'excitation à laquelle elle était accoutumée, elle s'est mise à boire du vin de Madère. Finalement on a dû la faire admettre dans une maison de santé.

III. — L'auteur publie l'histoire de familles de morphiomanes arrivées à la perversion définitive de l'intelligence et à un état psychique incurable. Il montre que, à un certain degré, le morphinisme donne lieu à des lésions véritables du cerveau, et qu'alors la suppression de la morphine n'entrave plus le progrès du mal.

Voici ses conclusions :

1° Il est rare d'obtenir un résultat permanent ou même temporaire de la suppression de la morphine. En soustrayant brusquement l'encéphale à son excitant habituel, on risque de provoquer un véritable danger pour la vie.

2° Dans la grande majorité des cas, l'abus de la morphine conduit à des lésions psychiques et à la démence définitive. H. R

IV. — Contre une sciatique gauche, chez un homme de 55 ans, Comanos pratique une injection de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Dès le lendemain, rougeur scarlatiniforme diffuse, très prurigineuse et fébrile, sur la tête, le cou, la poitrine, le dos et le membre inférieur gauche. Après avoir duré 4 jours cet érythème se termine par desquamation.

A titre de contre épreuve, Comanos fit prendre à ce malade, à son insu, une pilule de 2 centigrammes du même sel opiacé. 24 heures après, il vit se produire le même exanthème, qui ne dura toutefois que 2 jours, et fut suivi d'une desquamation qui se prolongea plusieurs jours.

Enfin, 3 semaines plus tard, les douleurs sciatiques ayant reparu, l'homme lui-même réclama la morphine. Comanos la lui prescrivit en pommade.

Le 5e jour de cette médication, alors qu'au moyen de 3 frictions quotidiennes il avait été employé 5 décigrammes de narcotique, on vit se développer sur la jambe malade, une rougeur au sein de laquelle pointèrent des pustulettes et des vésicules analogues à l'eczéma mercuriel ; en même temps, 3 furoncles apparaissaient sur la cuisse correspondante. Puis du membre inférieur l'érythème gagna le dos et s'acccompagna là de la formation d'un anthrax.

V. — (1er cas,) Phtisique recevant quotidiennement une injection morphinée de 2 centigrammes sous la peau du thorax.

Régulièrement, au bout de dix minutes, la face antérieure du tronc se couvrait d'éminences ortiées, dont les plus larges dépassaient les dimensions d'un franc et persistaient quelques heures.

(2e cas.) Dame hystérique de 35 ans. Après qu'on lui eut appliqué dans le cours de la journée 3 suppositoires d'opium, de 5 centigrammes chaque, elle fut prise d'excitation, d'insomnie absolue et d'un exanthème mixte formé de taches érythémateuses et d'élevures ortiées s'accompagnant de vives démangeaisons et persistant une quinzaine ; les plus vastes pomphyx atteignaient presque les dimensions d'un écu ; l'éruption était généralisée, mais plus confluente sur les avant-bras et les jambes.

Malgré la suppression de l'opium, pendant 4 jours encore, il se produisit de nouvelles poussées d'urticaire.

Chez la même personne, une injection morphinée de 3 centigrammes donna lieu à la même scène morbide, et précédemment il avait suffi à cette dame de prendre 3 gouttes de teinture d'opium dans du vin pour avoir de l'insomnie suivie, le lendemain matin, de rougeur et de gonflement de la face et des bras qui ne disparurent que le 5e jour. (*R. S. M.*, XI, 196 ; XVI, 600, 602 et 604.) J. B.

Sur un cas d'empoisonnement par la pelletiérine, par BRUTÉ fils (*France méd.*, 17 *février* 1883).

L'auteur prescrit à un homme de 35 ans, porteur de tænia, 40 centigrammes de pelletiérine ; aussitôt après la purgation, le malade rejetait deux énormes tænias. Le lendemain matin, survenaient des vomissements et de la diarrhée, avec des apparences cholériformes. Un traitement énergique (injections morphinées, cognac, café glacé, etc.) conjura tout danger au bout de deux heures. L'auteur attribue ces accidents à la pelletiérine. A. C.

I. — Sur quelques accidents causés par le tabac, par E. VALLIN (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, *V*. 223, *mars* 1883).

II. — Discussion de la Société de médecine publique (*Idem*, 908 *et* 1007, *novembre et décembre* 1883).

III. — Les enfants qui fument, par G. DECAISNE (*Idem*, 422, *mai* 1883).

IV. — Des troubles fonctionnels de la circulation dus à l'influence du tabac chez les ouvrières des manufactures, par ARTIGALAS (*Revue sanitaire de Bordeaux et du Sud-Ouest*, *n°* 6, *p.* 47, 25 *février* 1884).

I. — Vallin a vu survenir chez 3 fumeurs (dont 1 médecin) des troubles cardiaques, caractérisés soit par des accès quotidiens d'angine de poitrine, soit par de l'angoisse précordiale, avec tendance à la lipothymie et ralentissement extrême du pouls (jusqu'à 24 pulsations).

En général, le tabac ne détermine pas de lésions définitives, de troubles de nutrition des tissus. Les accidents cessent habituellement avec l'usage du narcotique, mais il reste, pendant un temps qui peut se prolonger de 6 mois à 2 ans, une impressionnabilité excessive à l'agent toxique. Durant cette période, une cigarette ou deux suffisent pour ramener les désordres fonctionnels les plus graves. La vie de cabinet, le travail exagéré, les veilles prolongées, les chagrins et le café concourent à produire cette impressionnabilité au tabac à fumer.

II.—*Leroy de Méricourt* a été, à plusieurs reprises, atteint de troubles cardiaques dus à des excès de tabac à fumer. Brusquement, il se trouvait pris de palpitations extrêmement fréquentes, avec pouls à peine perceptible et intermittent, sueurs froides et état lipothymique. Ces crises, qui duraient de 1 à 3 heures, étaient suivies d'une grande fatigue et d'une émotivité très marquée.

A la suite d'abus de tabac à chiquer, il n'a jamais vu d'accidents cardiaques, mais seulement des phénomènes cholériformes parfois mortels.

Rougon ne pense pas que la fumée du tabac soit seule capable de provoquer des désordres nerveux. Dans l'Amérique du Sud, le moyen populaire pour détruire la chique (*pulex penetrans*) qui occasionne des ulcères aux pieds, consiste à prendre des bains avec une macération des côtes médianes de feuilles de tabac. A la suite de cette médication, Rougon a noté de la diarrhée, des vomissements, des sueurs froides, du collapsus et, plus tard, des irrégularités et des intermittences cardiaques, une disposition à la syncope, phénomènes qu'il a également constatés chez les ouvrières des plantations.

D'après *Galezowski*, le premier phénomène d'empoisonnement nicotinique appréciable du côté des yeux, est la myose.

Il existe deux sortes de troubles visuels chez les fumeurs : le scotome central, souvent monoculaire et l'amblyopie double avec scotome chromatique ; l'un et l'autre sont fort rares. Sur 18,021 affections oculaires, Galezowski n'a compté que 151 cas d'amblyopies nicotinique et alcoolique dont le plus grand nombre se rapportait à l'effet simultané des deux poisons.

Il a vu seulement 21 cas d'amblyopie nicotinique pure, soit 1 sur 858 malades.

Le seul signe ophtalmoscopique perceptible est la pâleur de la papille, consécutive à un spasme des vaisseaux. Il n'a jamais rencontré l'atrophie papillaire signalée par Hutchinson.

En 11 ans, sur 45,986 malades de la clinique des Quinze-Vingts, *Fieuzal* n'a relevé que 104 amblyopies nicotiniques.

III. — Decaisne a observé 38 enfants faisant usage de tabac à fumer.

Il a noté des effets toxiques sur 27 d'entre eux, dont 8 âgés de 9 à 12 ans.

11 de ces enfants fumaient depuis 6 mois ou un an, le reste depuis plus de deux ans.

22 offraient les principaux symptômes de la chloro-anémie, de la paresse de l'intelligence et un goût prononcé pour les boissons; 13 avaient des intermittences du pouls; 4 présentaient des aphthes et ulcérations buccales.

Le traitement par les toniques n'était fructueux qu'autant que l'enfant renonçait à sa mauvaise habitude.

IV. — Artigalas rapporte trois cas d'intermittences cardiaques vraies, indépendantes de toute lésion organique, observés chez des ouvrières de la manufacture de tabacs de Bordeaux, qui étaient âgées de 24 à 32 ans. (*R. S. M.*, XXII, 525.) J. B.

Notes on fishberries and a unique case of fatal poisoning therefrom, par Thos. S. SOZINSKEY (*The Medical News, p.* 485, 3 *novembre* 1883).

Il n'a pas encore été publié de cas d'empoisonnement mortel par la coque du Levant. En voici un exemple :

Un homme de 39 ans boit par erreur du whiskey dans lequel on a fait tremper longtemps une poignée de coques du Levant, destinée à servir d'insecticide.

Un seul vomissement; ni la moutarde, ni le sel, ni l'alun ne réussissent à en provoquer la réapparition.

Perte complète de la conscience, qui persiste jusqu'à la fin; étroitesse des pupilles. Toutes les cinq minutes, le corps est agité de violentes convulsions généralisées clôniques durant deux minutes, avec opisthotonos; entre les crises, le relâchement des muscles s'opère.

Les attaques débutent par des tiraillements dans la commissure labiale, par un cri, et, comme l'épilepsie aussi, s'accompagnent d'issue d'écume par la bouche.

Respiration de plus en plus ralentie. Pas de troubles cardiaques. Sueurs profuses.

Diarrhée abondante pendant deux heures.

Mort trois heures après l'ingestion du toxique, par paralysie respiratoire.

A la suite de l'injection hypodermique d'un demi-grain de sulfate de morphine, les accès convulsifs, sans diminuer d'intensité, devinrent moins fréquents. Aucun autre antidote n'a été essayé. J. B.

Note sur un cas d'empoisonnement par les fruits du taminier, par Henry COUTAGNE (*Lyon méd.*, 22 *juin* 1884).

L'auteur, appelé comme expert pour étudier les causes du décès d'une enfant de 27 mois, morte à la suite de coliques et de vomissements, trouva dans l'intestin un très grand nombre de graines dont il eut beaucoup de peine à établir la nature; les viscères étaient intacts. Il parvint à reconnaître que ces graines appartenaient à des baies de taminier (bryone noire, vigne noire, etc.), que l'enfant avait mangé en route.

On ne connaît aucun cas d'empoisonnement par ce fruit; aussi l'auteur dût-il se livrer à quelques expériences pour démontrer la toxicité

de ces baies. En injectant sous la peau de grenouilles et de cobayes le suc des baies ou une teinture alcoolique, il a vu survenir des accidents très rapides de paralysie et de convulsions. Chez des chiens auxquels on avait fait avaler 17 baies de taminier, la démarche devenait incertaine, il y avait pendant quelques jours comme une parésie du train postérieur. Le taminier appartiendrait donc à la classe des poisons névrotiques (Taylor) ou narcotico-âcres (Tardieu). A. C.

I. — Localisation de l'arsenic dans le foie, par L. GARNIER (*Annales d'hygiène publiq. et de méd. légale, IX*, 310, *avril* 1883).

II. — Intoxication arsénicale par les étiquettes dites cachets, par YVON (*Revue d'hygiène et de police sanitaire, IV*, 667, *août* 1882).

III. — Contribution à l'étude de l'intoxication arsenicale aiguë, par Georges-C. PAPADAKIS (*Thèse de Paris*, 1883).

IV. — Arsenical paralysis, par Charles MILLS (*Medical News, p.* 257, 3 *mars* 1883).

V. — A fatal case of poisoning by arseniate of sodium, par B. SILLIMAN (*Medico-legal journal, mars* 1884).

VI. — Zur Bildung des Arsenwasserstoffs aus arseniger Säure (Développement d'hydrogène arsénié aux dépens de l'acide arsénieux), par Karl BISCHOFF (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und œff. Sanit., nouv. série, XXXVII*, 173, *juillet* 1882).

VII. — Vergiftung durch Arsenwasserstoffgas mit tödtlichem Ausgang (Empoisonnement mortel par l'hydogène arsénié), par COESTER (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 8, *p.* 119, 25 *février* 1884).

I. — Avec Orfila, Devergie, Flandin et Danger, Ludwig (*R. S. M.*, XIX, 491) et contrairement à Scolosuboff (*R. S. M.*, VII, 550) et à Caillol et Livon (*R. S. M.*, XV, 98), Garnier conclut de ses expériences qu'aussi bien dans l'empoisonnement aigu que dans l'intoxication chronique, c'est le foie qui contient la plus forte proportion centésimale d'arsenic, et que c'est dans cet organe que la localisation du poison se prolonge le plus longtemps.

Garnier propose l'explication suivante de cette localisation de l'arsenic. Ce corps rencontre dans le torrent circulatoire des sels à base de calcium. Par suite d'une double décomposition, il y a formation d'arsénite et d'arséniate de chaux insolubles qui, charriés par le sang, vont se déposer dans les organes en quantité proportionnelle à l'intensité de leur vascularisation, et des échanges nutritifs et fonctionnels dont ils sont le siège, mais inverse de la rapidité de cette circulation.

II. — L'usage d'étiquettes gommées, que l'on désigne sous le nom de cachets, parce qu'elles sont destinées à remplacer la cire, tend à se répandre. Ces cachets sont coloriés en jaune, vert, rouge, bleu, violet, lilas, etc.

Ayant eu l'occasion de se servir d'un certain nombre de cachets verts, Yvon les mouilla en les appliquant sur sa langue, ainsi que cela se fait ordinairement.

Au bout d'un certain temps, il éprouva une sensation d'astringence et une saveur métallique, suivies de salivation.

Il reconnut alors que la coloration verte était due à l'arsénite de cuivre,

De 100 cachets pesant 9 grammes, il retira 1gr,116 de vert de Scheele, correspondant à 0gr,620 d'acide arsénieux. Chaque cachet peut donc contenir environ 0gr,006 d'acide arsénieux.

III. — Papadakis a essayé de rechercher si la nature des aliments ingérés en même temps que l'acide arsénieux avait quelque influence sur l'époque d'apparition des premiers vomissements.

A 33 chiens, il a fait prendre de l'acide arsénieux pulvérisé, soit en nature, soit mélangé à de la viande, de l'albumine de blanc d'œuf battue, du lait, du beurre, du pain et du café.

Parmi les substances alimentaires expérimentées, seule l'albumine a paru avoir une influence constante : elle hâte les vomissements et les rend plus fréquents. Ce symptôme a débuté dans un laps de temps variable entre 15 et 25 minutes, après l'ingestion du mélange toxique.

Viennent ensuite le mélange d'acide arsénieux avec le lait, l'arsenic en nature et son mélange avec la viande cuite. Ici les vomissements ont commencé dans un intervalle de temps compris entre une demi-heure et une heure.

Le beurre ne semble exercer aucune influence spéciale. On observe, il est vrai, dans certains cas, un retard dans l'apparition des vomissements, mais le même fait se remarque aussi quand l'acide arsénieux est mêlé à du pain ou à du café.

Quand le toxique était incorporé dans du pain, les vomissements n'ont jamais commencé qu'une heure et demie après l'ingestion.

La thèse de Papadakis renferme le rapport inédit de Brouardel et Lhôte sur l'empoisonnement collectif de Saint-Denis (avril 1880), si exceptionnel à la fois par le nombre des personnes atteintes (pas loin de 300, en y comprenant celles qui n'ont pas appelé de médecin) et par l'absence de tout cas mortel, bien que certains individus aient fait jusqu'à 6 repas avec le pain toxique.

La *Revue des sciences médicales* (XVII, 68 et 69) contient le résumé des observations faites en cette occasion par Leroy des Barres et par Feltz.

Brouardel, de son côté, a visité 56 malades. Nous empruntons à son rapport quelques détails complétant l'histoire de ces accidents.

L'acide arsénieux avait été incorporé à la pâte de deux fournées représentant un total de 180 pains de 4 livres.

Les vomissements ont été plus précoces chez les enfants que chez les adultes ; aussi les premiers ont-ils été beaucoup moins gravement atteints. Chez les adultes, les vomissements sont survenus dans un espace de temps variable de un quart d'heure à cinq heures.

10 des personnes visitées par Brouardel ont offert de la dysurie avec ténesme vésical.

IV. — Sept personnes sont empoisonnées par de la pâtisserie renfermant de l'acide arsénieux : quatre eurent consécutivement de la paralysie des membres.

Un des malades a été l'objet d'une observation prolongée de la part de Weir Mitchell.

Immédiatement après l'ingestion du mets toxique, cet homme vomit ; les

vomissements furent incessants jusqu'au lendemain et ne cessèrent définitivement que le quatrième jour.

Dès le début, prostration extrême. Syncope le 6e jour, en voulant se lever. Constipation durant le premier septenaire, dès lors fièvre.

Le 6e jour, le malade commence à ressentir dans les genoux quelques douleurs qui gagnèrent d'abord les pieds et 3 jours plus tard les doigts et les poignets.

État deux mois et demi après l'empoisonnement : intégrité du cerveau et des sens spéciaux. Parésie des avant-bras et des doigts.

Paralysie complète des membres inférieurs au-dessous des genoux, pieds en varus équin. Contracture douloureuse des fléchisseurs par instants et secousses fréquentes dans les 4 membres, surtout pendant le sommeil.

Abolition complète de la contractilité faradique au-dessous des genoux, affaiblissement considérable au-dessus. Réaction galvanique de dégénérescence. Réflexes rotuliens absents. Réflexes testiculaires conservés surtout à droite.

Pas d'impuissance sexuelle. L'urine est très riche en phosphates, mais ne renferme ni sucre, ni albumine. Constipation. Pouls oscillant entre 107 et 148 et presque toujours plus fréquent le matin que le soir.

Traitement : Applications alternatives de glace et d'eau chaude, 3 fois par jour pendant 10 minutes, sur les avant-bras et les jambes. Massages quotidiens des membres avec l'huile de coco. Sacs de glace sur le rachis deux fois par jour, durant une ou deux heures. Seigle ergoté remplacé au bout d'une semaine par la belladone, mieux tolérée par l'estomac.

Sous l'influence de ces médications, l'état des membres supérieurs s'est rapidement amélioré.

Mills et Weir Mitchell attribuent les paralysies arsénicales à une myélite diffuse.

Dans la discussion, J.-H. Lyod cite un suicide par l'arsenic, dans lequel la paralysie de la motilité et de la sensibilité des membres inférieurs avait atteint un tel degré, que le malade mourut dans la conviction qu'on l'avait amputé.

V. — Outre la rareté des empoisonnements par les sels arséniques, le fait de S... offre la particularité que les accidents, jusqu'à l'analyse chimique, ont été rapportés à un alcaloïde de la belladone.

On se trouvait en présence d'arséniate de soude déguisé par du rouge d'aniline (*R. S. M.*, VI, 238; XVII, 67).

Aux États-Unis, pour détruire l'insecte du Colorado (doryphora) qui ravage les pommes de terre, on emploie soit le vert de Paris (arsénite de cuivre), soit des pains diversement coloriés, vendus sans désignation de leur nature.

VI. — A la surface d'un fourrage, empoisonné par de l'arsenic, qu'il avait conservé dans un bocal, Bischoff vit apparaître au bout de quelque temps des mucédinées. Ayant alors découvert le vase, il fut surpris par une odeur intense d'hydrogène arsénié. Un papier imprégné de nitrate d'argent, plongé dans le récipient, brunit aussitôt.

Ce dégagement d'hydrogène arsénié était le résultat de l'action réductrice qu'exerce l'hydrogène à l'état naissant, produit par la pullulation des champignons. C'est un fait qui confirme à nouveau l'opinion de Selmi. Il paraît suffisant, à Bischoff, pour expliquer la formation d'hydrogène arsénié soit sur les murs peints avec des couleurs arsénicales, soit sur les papiers de tenture de même nature.

VII. — Homme robuste de 43 ans, ouvrier dans une fabrique d'aniline. Il était occupé auprès d'une chaudière contenant de l'aniline, du zinc et de l'acide chlorhydrique impurs, lorsqu'un bouillonnement subit du liquide produisit des vapeurs qu'il respira.

Presque immédiatement, il fut pris d'un violent frisson, de douleurs de tête et de reins, de vomissements répétés et d'hémoglobinurie.

Le 2e jour, fièvre, sensibilité des reins à la pression; ictère intense sans décoloration des fèces; urines rares, encore quelques vomissements; augmentation de volume du foie et de la rate. Le malade, dont la respiration est normale, se trouve mieux.

Dès le 3e jour, la fièvre cesse, mais l'anurie devient presque complète, car, dès lors, le malade rend tout au plus 5 grammes d'urine par 24 heures; moins noire qu'au début, l'urine reste toujours hémoglobinurique.

Le 6e jour apparaissent des mouvements convulsifs dans les avant-bras qui persistent jusqu'à la fin.

Le 9e jour, l'ictère a entièrement disparu et les vomissements sont devenus très rares. Mais le malade a du subdélirium et par moments de violentes contractions de la face.

Le 10e jour au matin, il meurt subitement, sans convulsions, en se dressant sur son lit pour satisfaire un besoin.

L'autopsie ne put être faite que 60 heures après le décès, alors que la putréfaction était trop avancée pour qu'on pût se rendre compte de la structure des organes. Seul le foie, qui avait un volume anormal, avait conservé sa consistance. Les reins et la rate étaient volumineux.

Du sang était épanché dans les deux cavités pleurales. La vessie était vide. Un liquide noirâtre sortait de la bouche et du nez.

L'analyse chimique décela dans le foie des traces impondérables d'arsenic (*R. S. M.*, II, 277; XIII, 131; XVII, 68; XXII, 60). J. B.

On certain untoward effects following the administration of turpeth mineral, par N.-A. RANDOLPH et A.-E. ROUSSEL (*The Medical News, p.* 275, 8 *mars* 1884).

F. Barker (*American Journal of Obstetrics*, mai 1870) est si convaincu, après 20 ans d'expérience, à la fois de l'efficacité et de l'innocuité du turbith minéral comme vomitif dans le croup, qu'il va jusqu'à recommander aux parents d'en avoir toujours sous la main et de l'administrer aux enfants sans attendre l'arrivée du médecin.

Après Mac Phedran (*R. S. M.*, XXIII, 460) les auteurs montrent cependant que l'usage de ce médicament n'est pas sans inconvénient.

A 8 hommes, ils prescrivirent d'abord 5 grains de turbith ; puis l'action émétique ne s'étant pas produite au bout d'une demi-heure, 3 nouveaux grains. Tous eurent alors des vomissements copieux dans l'espace des 20 minutes qui suivirent l'ingestion de la seconde dose.

Mais dans le cours de 10 ou 20 heures, cinq d'entre eux présentèrent une diarrhée profuse avec coliques intenses et collapsus des forces. Les selles s'élevèrent au nombre de 8-15 dans les 24 heures; les premières contenaient des parcelles de turbith.

Sous l'influence d'un traitement approprié, tous ces malades guérirent rapidement, même l'un d'eux, âgé de 38 ans, chez lequel le turbith avait provoqué en outre le développement d'une stomatite grave.

Randolph et Roussel tirent les conclusions suivantes :

Malgré l'apparition des vomissements, il reste souvent dans l'estomac

une quantité dangereuse de turbith minéral. Cette substance possède des propriétés suffisamment toxiques ou irritantes pour en condamner l'emploi, partout où celui d'un autre émétique est possible, bien loin qu'on puisse en abandonner l'administration aux premières personnes venues.

J. B.

Effets du séjour prolongé dans les vapeurs de créosote, par POINCARÉ (*Annales d'hygiène publique, juillet* 1883).

De ses expériences sur les cobayes, Poincaré tire les conclusions suivantes :

La créosote respirée en petite quantité, mais pendant un an ou deux, paraît engendrer un travail de sclérose dans les centres nerveux, le foie, les reins et les poumons.

Dans les poumons, elle détermine en même temps de l'hyperplasie de l'épithélium qui, jointe à l'hyperplasie du tissu conjonctif, entraîne l'effacement des alvéoles.

Administrée à dose forcée, c'est-à-dire lorsqu'elle sursature un espace confiné, la créosote tue rapidement sans trace d'asphyxie. La mort a lieu par le cerveau, ainsi que le prouvent la congestion et les apoplexies miliaires dont il est le siège.

Quand même l'autopsie est faite immédiatement après la mort, on aperçoit presque partout, dans les vaisseaux et les organes, de nombreux cristaux d'hématosine. Ce fait n'est d'ailleurs pas spécial à la créosote, car il s'observe également chez les animaux empoisonnés par le gaz d'éclairage ou par diverses huiles essentielles et de même quand le sang commence à se putréfier.

J. B.

Empoisonnement d'un jeune enfant par ingestion forcée de créosote de houille, par Anatole MANOUVRIEZ (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 3e série, VII, p.* 175, *février* 1882).

Enfant de 11 jours à qui sa mère fait ingérer de la créosote minérale. Suffocation, cri rauque et voilé. Rejet des liquides par le nez. Mort au bout de 11 heures.

Autopsie 60 heures après le décès.

Larges escarres brun jaunâtre, parcheminées, sur les lèvres, la commissure droite, la joue, le menton et le côté droit du cou. Ongles noirs violacés.

Langue râpeuse, gris brunâtre, tuméfiée de façon à obturer l'isthme du gosier.

Muqueuse bucco-palatine gris brun. Muqueuses du pharynx, de l'œsophage, du larynx et de la trachée, grises.

Liquide spumeux, grisâtre dans la trachée et les bronches.

Poumons, surtout le gauche, engoués et présentant de l'emphysème intervésiculaire.

Sérosité sanguinolente dans les plèvres et le péritoine.

Sang noir, à demi coagulé, remplissant les cavités cardiaques.

Estomac ramolli, se perforant pendant l'autopsie : son contenu de lait caillé n'avait pas l'odeur créosotée.

J. B.

Cas d'empoisonnement par le chlorure de baryum, par COURTIN (*Revue d'hygiène et de police sanitaire, IV*, 653, *août* 1882).

Une dame de 45 ans avale, par erreur, 6 grammes de chlorure de baryum;

avertie de sa méprise par la saveur âcre de la substance, elle prend un vomitif d'ipéca.

Une heure et demie après l'accident, vomissements bilieux, crampes douloureuses dans le ventre et les membres inférieurs ; pâleur et refroidissement de la face et des mains. Impossibilité de marcher, la malade déclarant qu'elle ne sent plus ses pieds.

Malgré l'administration d'une solution de sulfate de magnésie et d'eau albumineuse, les crampes des membres inférieurs, les vomissements et les selles diarrhéiques ne font qu'augmenter, mais cessent au bout de 24 heures. Le surlendemain, il ne reste que de la constipation qui persiste dix jours. J. B.

I. — Empoisonnement cuprique par l'extrait mou de quinquina, par LEFOUR (*Annales d'hygiène publiq. et méd. légale*, 3e *série*, *VI*, 427, *novembre* 1881).

II. — Empoisonnement par le sulfate de cuivre ; hémoglobinurie. Mort, par Allen STARR (*The medical Record*, 27 *mai* 1882 *et Annales d'hyg. publ.*, 3e *série*, *IX*, 185, *février* 1883).

III. — Vergiftung mit schwefelsäurem Kupfer, par MASCHKA (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medecin und œffent. Sanit. XXXIX*, 55, *juillet* 1883).

I. — A la Société d'hygiène publique de Bordeaux, Lefour a cité l'observation d'une dame à laquelle il faisait prendre chaque jour 8 grammes d'extrait mou de quinquina. Cette malade présente des vomissements incoercibles, très inquiétants, qui ne cessèrent qu'avec la suppression du médicament.

L'analyse de cet extrait de quinquina montra qu'il renfermait 11 milligrammes de cuivre par gramme, ce qui tenait à son mode de préparation. En effet, dans le procédé Mouchon, qui est beaucoup plus avantageux au point de vue du rendement, on fait intervenir de l'acide chlorhydrique qui attaque le récipient de cuivre dans lequel se prépare l'extrait.

II. — Le cas d'empoisonnement par le sulfate de cuivre, relaté par Starr, est le premier où il soit fait mention de l'hémoglobinurie parmi les symptômes.

Une femme de 46 ans, avale intentionnellement une once de sulfate de cuivre dissous dans du thé. Immédiatement elle ressent une sensation de brûlure, d'abord dans l'estomac, puis dans le corps entier; vomissements répétés avec cardialgie.

Deux heures après l'empoisonnement, la faiblesse est déjà extrême, la peau froide et sèche, le pouls plein à 112; crampes dans l'abdomen et les jambes. Selles liquides. Urines normales. Apyrexie. Lavages de l'estomac d'abord à l'eau chaude, puis au prussiate jaune de potasse, jusqu'à ce que le liquide retiré ne présente plus aucune teinte verdâtre ou brunâtre. Ensuite, administration d'un mélange d'huiles de ricin et d'olives, injection sous-cutanée de whiskey; bismuth et lait par petites doses.

Les vomissements cessent bientôt, mais les selles restent diarrhéiques et s'accompagnent de ténesme.

15 heures après l'empoisonnement, cessation des crampes.

Au bout de 10 heures, la diarrhée disparaît également, mais il se produit de l'hémoglobinurie, vérifiée au microscope, et qui persisra jusqu'à la fin sans aucune diminution dans la quantité normale des urines, mais avec douleurs dans la miction.

60 heures après l'empoisonnement, début de l'ictère. Pouls très petit à 120-130 respirations. Apyrexie, somnolence.

Le jour suivant, la somnolence et l'ictère ont augmenté ainsi que la fai-

blesse. Pour la première fois, la malade a un peu de fièvre; elle accuse en outre de la céphalalgie frontale, des douleurs de reins et l'abdomen est partout sensible à la pression.

Le soir, il y a du sopor, de l'obnubilation intellectuelle, les pupilles contractées ne réagissent plus; miction involontaire.

Mort dans le coma, 101 heures après l'empoisonnement.

Autopsie 20 heures après le décès : rigidité cadavérique très considérable. Tous les viscères et tissus présentent une coloration vert jaunâtre. Abondante sérosité au-dessous de la pie-mère. Cerveau sain. Moelle non examinée.

Pas une seule goutte de sang liquide dans le corps, partout des caillots fermes, couleur chocolat; les deux ventricules cardiaques sont pleins de caillots. Myocarde graisseux ; aorte athénomateuse, œdème pulmonaire. Le contenu de l'estomac ne renferme pas de cuivre; sa muqueuse est seulement un peu congestionnée.

Pseudo-membranes et ulcérations à la partie inférieure de l'œsophage.

L'iléon et un peu le jejunum offrent des ulcérations gangréneuses avec pertes de substance de la muqueuse. Ces ulcérations sont disséminées çà et là en dehors des plaques de Peyer.

La muqueuse du gros intestin présente également de nombreuses pertes de substance, mais elles sont très superficielles. Matières fécales abondantes et dures.

Foie gras. Vésicule pleine d'une bile épaisse noire contenant du cuivre; pas d'obstruction des canaux excréteurs.

Tubuli rénaux remplis d'hémoglobine, tandis que les vaisseaux du rein n'en contiennent pas.

III. — Une femme âgée de 42 ans, s'empoisonne volontairement avec vingt-cinq centimes de sulfate de cuivre.

Immédiatement elle a des vomissements bleuâtres et verdâtres et des coliques.

3 heures après le suicide, lavages de l'estomac et injection d'apomorphine. Les injections stomacales sont poursuivies jusqu'à ce que l'eau n'ait plus de teinte bleu verdâtre.

A la suite de cette médication, la malade n'a plus qu'un vomissement bilieux, quelques selles aqueuses et les douleurs abdominales sont beaucoup moins vives. Mais la faiblesse est extrême, le pouls modérément accéléré, est très petit, pas de fièvre.

7 heures après l'empoisonnement, la malade perd la connaissance. Convulsions toniques débutant par les mollets, puis se généralisant; cyanose intense, collapsus.

Mort 10 heures après l'ingestion du toxique.

Autopsie : rigidité cadavérique très grande, cyanose universelle des téguments ; lividités dorsales.

Dure-mère tendue et bleuâtre. Congestion des méninges et de l'encéphale. Sinus remplis de sang fluide et noir.

La muqueuse du pharynx est très cyanosée, tandis que celle de l'œsophage est pâle.

Le cœur, l'artère pulmonaire et l'aorte contiennent une grande quantité de sang noir, visqueux en partie goudronneux.

L'estomac renferme plus d'un-demi litre d'un liquide gris verdâtre, alcalin, dans lequel l'analyse chimique révèle la présence de cuivre. La muqueuse gastrique est pâle et n'offre d'autre lésion que trois ecchymoses lenticulaires au niveau du cardia.

Aucune injection de la muqueuse intestinale, dont quelques plaques de Peyer sont un peu tuméfiées.

Vessie vide. Foie et reins congestionnés, mais normaux au microscope.

J. B.

I. — Nach 4 Monaten aufgefundene Leiche; Nachweis der Cyankalium-Vergiftung (Recherche fructueuse du cyanure de potassium sur le cadavre, 4 mois après la mort), par Eduard ZILLNER (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin XXXV, octobre* 1881).

II. — Un cas d'empoisonnement par l'acide cyanhydrique ou un composé cyanique, par VIBERT et LHOTE (*Annales d'hygiène publiq., mai* 1883).

I. — Homme de 44 ans, alcoolique, qu'on retrouve, quatre mois après sa disparition, à l'état de cadavre, sous le plancher d'une salle, dans un espace complètement clos ayant 1 mètre carré de surface, 70 centimètres de hauteur et une température uniforme de 8 à 10 degrés centigrades.

Le cadavre était vêtu. Téguments parcheminés et fortement plissés grâce à la réduction de volume des parties molles sous-jacentes. Aucune trace d'animaux parasites.

A l'exception de la protubérance et du bulbe, l'encéphale forme une masse de consistance pâteuse, de coloration verdâtre, d'aspect caséeux, pesant 985 grammes.

Dans la cavité pleurale droite, 50 grammes de graisse libre, mêlée de sang, et ayant la consistance de la vaseline.

Dans le petit bassin, de même qu'à la surface des viscères abdominaux, on trouve des dépôts analogues de graisse figée.

La cavité péritonéale renferme également des gaz. De tous les organes, seul le foie, qui est graisseux, a conservé ses dimensions, son poids et sa consistance.

Les deux tiers inférieurs de l'œsophage, le grand cul-de-sac et la petite courbure de l'estomac présentent des altérations très nettes : leurs parois sont épaissies, plissées, coriaces, sèches et d'un rouge brun.

L'ouverture des cavités du corps ne donne d'autre odeur, que celle du fromage pourri.

Les cartilages et les os sont les seuls tissus peu altérés.

Le microscope révèle une dégénération graisseuse avancée des organes parenchymateux et des muscles qui renferment des cristaux d'acide margarique, mais point de leucine ni de tyrosine.

Le sang n'est plus reconnaissable dans ses éléments constituants, mais le spectroscope démontre l'existence d'oxyhémoglobine et de méthémoglobine.

La graisse trouvée à l'état libre dans l'une des cavités pleurales et dans l'abdomen est neutre, malgré l'état de putréfaction avancée.

La présence d'acide cyanhydrique a été constatée, cent quinze jours après la mort, dans un fragment du lobe gauche du foie, pesant 40 grammes.

II. — Une fille âgée de 29 ans, immédiatement après avoir avalé une potion purgative, fournie par un herboriste, est prise de nausées, sans vomissements; elle perd ensuite connaissance et meurt au bout d'un quart d'heure au plus.

Autopsie cinquante heures après le décès. Rigidité complètement disparue, sauf à la mâchoire inférieure. Teinte verdâtre des parois abdominales. Ecume sanguinolente dans les narines, la bouche, le larynx et la trachée. Congestion pulmonaire.

Sinus crâniens gorgés d'un sang noirâtre et spumeux. Encéphale sain.

Cœur rempli de petits caillots noirs et mous et de sang épais et spumeux.

Injection et piqueté hémorragique de la muqueuse de la grande courbure de l'estomac et de la première portion du duodénum.

L'estomac renferme un liquide jaunâtre exhalant une odeur particulière qui

n'a pu être définie qu'après un certain séjour dans un bocal fermé. Il en est de même des poumons.

Sang partout noirâtre et mêlé de bulles de gaz.

L'analyse du contenu de l'estomac y montre les éléments constitutifs du sulfate de magnésie. La présence d'acide cyanhydrique a été aussi reconnue dans l'estomac, mais pas dans le sang. Comme cette constatation a été faite trente-cinq jours après la mort, il est vraisemblable que le poison a été absorbé sous forme de cyanure et ce dernier n'est en tout cas pas le cyanure de mercure.

Dans l'empoisonnement par l'acide cyanhydrique et les cyanures, sans lésions caractéristiques de la muqueuse stomacale, l'odeur d'amandes amères est le seul signe qui offre une réelle valeur. Si elle ne constitue pas une preuve qu'on puisse présenter en justice, elle entraîne du moins la conviction intime de l'expert et fournit une indication précieuse à l'analyse chimique.

Mais, relativement à cette odeur, il est deux points que les traités classiques ne signalent pas d'une façon suffisante.

En premier lieu, l'odeur de l'acide cyanhydrique n'est pas de celles que tout le monde est apte à reconnaître sans hésitation.

En second lieu, il est souvent nécessaire pour la percevoir, de procéder comme dans le cas présent, c'est-à-dire de laisser séjourner un quart d'heure en vase clos l'estomac et son contenu, et d'agiter avant de déboucher le flacon.

La perception de l'odeur est facilitée quand on exécute un mouvement de déglutition immédiatement après avoir inspiré les émanations.

Le fait ci-dessus est une nouvelle preuve que l'acide cyanhydrique ne prolonge pas la rigidité cadavérique et ne retarde pas la putréfaction (*R. S. M.*, IV, 608; IX, 547; XII, 495 et XIII, 500). J. B.

I. — Ueber den Tod durch acute Phosphor-Vergiftung vom gerichtsaerztlichen Standpunkte, par Hugo HESSLER (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin, octobre* 1881 *et janvier* 1882).

II. — Intoxication phosphorée. Son traitement par l'essence de térébenthine. Recherches physiologiques et chimiques, par Ernest MAREAU (*Thèse de Paris, n°* 313, 1881).

I. — C'est à Schneider (*Annalen der Staatsarzneikunde*, 1839) qu'on doit la publication du premier cas d'empoisonnement par le phosphore qui ait été l'objet d'une expertise médico-légale.

Hessler, rapprochant les 64 cas d'intoxication phosphorée qu'il a observés de ceux de Meischner (Thèse Leipsig, 1864) au nombre de 74 et des 44 cas de Lewin (*Virchow's Archiv*, 1861), tire de cette comparaison les conclusions suivantes :

L'époque du début des premiers accidents dépend moins du mode de préparation et de la quantité du phosphore ingéré que de la résistance individuelle et du contenu de l'estomac au moment de l'ingestion du toxique.

L'ictère est un symptôme constant de l'empoisonnement aigu. Il survient le plus communément dans le cours du 3e jour et est de nature plus hématogène qu'hépatogène.

L'altération des glandes gastriques décrite par Virchow ne manque jamais.

Entre le phosphorisme aigu et l'atrophie aiguë du foie, il n'existe aucune différence tranchée, ni dans le début des symptômes, ni dans l'évolution de la maladie, ni dans les lésions hépatiques, ni dans l'analyse chimique des urines.

La prédominance de la dégénération graisseuse du système musculaire au niveau des membres inférieurs, est un trait caractéristique de l'empoisonnement par le phosphore.

Dans l'empoisonnement aigu, le sang est plus souvent très fluide et rouge noir que sirupeux. Les ecchymoses sont inégalement réparties dans les divers organes : elles sont le plus fréquentes sur les viscères thoraciques.

L'analyse chimique des organes d'animaux qu'Hessler avait empoisonnés par le phosphore et ensuite enterrés pendant un temps plus ou moins long, lui a montré que la transformation du phosphore en acide phosphorique tient moins à la durée du séjour du cadavre en terre qu'aux proportions d'air et d'oxygène renfermées dans les divers terrains.

II. — Comment le phosphore empoisonne-t-il et comment l'essence de térébenthine, son contre-poison, agit-elle ? Telles sont les deux questions que Mareau a essayé d'élucider.

De ses expériences, il conclut que le phosphore introduit dans l'organisme s'y oxyde aux dépens du sang et que, partant, il tue par asphyxie.

L'essence de térébenthine commune forme avec le phosphore une ou plusieurs combinaisons insolubles dans l'eau, éliminables en nature par les urines.

Pour que ces combinaisons puissent se faire, deux conditions sont indispensables.

D'abord, il faut administrer l'essence avant l'oxydation complète du phosphore, ensuite il faut que cette essence contienne de l'oxygène actif. Cette dernière condition explique les insuccès obtenus par l'emploi de l'essence de térébenthine rectifiée. J. B.

Ueber einen Fall von Vergiftung mit Salzsäure (Empoisonnement par l'acide chlorhydrique), par H. GEHLE (*Berliner klinische Wochenschrift*, 2 *juin* 1884).

Un homme de 44 ans avale, par erreur, une gorgée d'acide chlorhydrique du commerce. Immédiatement, vive brûlure dans la bouche, douleurs très fortes à l'épigastre et dans le reste du ventre, envies de vomir, mais peu de vomissements.

Le lendemain, vomissements abondants de mucosités blanchâtres. La langue a l'aspect de chair crue et le malade retire de sa bouche des lambeaux membraneux.

Au bout d'une quinzaine, il n'existe plus trace de brûlures dans la bouche et l'homme recommence à prendre quelques aliments solides. Mais quatre jours plus tard, les aliments, même liquides, sont de nouveau vomis après une sensation de plénitude dans l'estomac et de nombreuses éructations et nausées.

Les forces déclinant rapidement, le malade dut se remettre au lit trois semaines après son empoisonnement. Le 14 septembre, il se faisait admettre

à l'hôpital où il succombe le 22 décembre, cinq mois après l'empoisonnement.

Autopsie. Myocarde graisseux. L'estomac, énormément dilaté, remplit la plus grande partie de la moitié gauche du ventre et déborde même à droite; le pylore se trouve à huit centimètres au-dessus de la symphyse. L'estomac renferme trois litres d'un liquide rouge brun.

La muqueuse gastrique, épaisse, offre de nombreuses petites hémorragies, un certain nombre de petites ulcérations et, en outre, quelques ulcères plus vastes, ovales ou arrondis, dépassant la tunique musculeuse. A quatre centimètres de la valvule pylorique, se voit sur l'estomac un étranglement annulaire dont l'orifice a à peine le volume d'un pois. Le pylore présente une hypertrophie considérable due à sa couche musculeuse, qui atteint un centimètre d'épaisseur au niveau de l'orifice duodénal rétréci lui-même. Toute la muqueuse pylorique est ulcérée. L'intestin est normal. L'œsophage est dilaté sur toute son étendue, mais surtout dans son tiers inférieur. La muqueuse œsophagienne présente de nombreuses ulcérations recouvertes d'une matière noirâtre et séparées par des sortes de gouttières.

Les amygdales ont disparu.

A l'examen microscopique, les reins n'offrent d'autre lésion qu'un trouble léger de leur épithélium.

Sur les 25 cas d'empoisonnement chlorhydrique que Gehle a compulsés dans la littérature médicale, 8 seulement ont guéri. La plupart des 17 terminaisons fatales ont été plus ou moins immédiates, 4 fois seulement la mort n'est survenue qu'au bout de 7 ou 8 semaines. J. B.

Vergiftung durch Stern-Anis (Empoisonnement par l'anis étoilé adultéré), par FALK (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medecin*, 357, *avril* 1883).

La nouvelle édition de la pharmacopée allemande a rayé du nombre des plantes officinales la badiane, à la suite de plusieurs cas d'empoisonnement dus au mélange frauduleux des fruits de l'illicium anisatum avec ceux d'une autre magnoliacée, l'illicium religiosum, qui sont toxiques.

La fraude a lieu dans les pays mêmes d'où on tire l'anis étoilé, Chine, Japon. Toutefois on y a déjà signalé, ainsi qu'en Allemagne, des intoxications mortelles chez des enfants par les fruits du *sikimi* (illicium religiosum).

Falk vient d'en observer un nouvel exemple plus grave. Une femme administre à ses enfants une infusion d'anis étoilé qu'elle a acheté chez un droguiste. Tous trois furent pris de convulsions et de vomissements, mais ils se rétablirent.

Falk a entre les mains le mélange du fruit qui a donné lieu à ces accidents. Sur certains échantillons les fruits de l'illicium religiosum sont facilement reconnaissables par leurs dimensions plus petites, leur couleur plus claire et surtout par leur odeur à peine anisée et beaucoup moins forte. Mais il est d'autres exemplaires de fruits de sikimi dont la ressemblance avec ceux de la badiane est telle que Falk renoncerait à en faire la distinction, surtout s'il s'agit de quantités un peu considérables où l'indication tirée de l'odeur ne peut plus servir. J. B.

Mittheilung eines Halles von Wismuthvergiftung (Un cas d'intoxication par le sous-nitrate de bismuth), par PETERSEN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 25, 1883).

A l'exemple de Kocher, l'auteur a employé, à Kiel, dans 50 cas, le sous-

nitrate de bismuth pour le pansement des plaies. Parmi les inconvénients qui l'ont fait renoncer à ce topique, il signale l'intoxication (bismuthisme) dont Kocher n'avait observé que des manifestations très légères.

Voici un fait intéressant :

Un garçon de 14 ans, faible et anémique, atteint de tumeur blanche, subit la résection du genou le 14 juillet 1882. La plaie est saupoudrée de sous nitrate de bismuth ; drainage, suture, pansement de Lister. Après deux jours de fièvre la température devient presque normale (38e lésion).

Mais au bout de dix jours on constate de l'inappétence et des signes de stomatite :

Salivation abondante, douleur, coloration bleuâtre de la muqueuse buccale.

La cause de ces accidents ayant échappé tout d'abord, on remarque un jour que l'urine du malade fournit un dépôt noir et que ce dépôt est du bismuth ; dès lors la nature de la stomatite ne peut être méconnue ; on emploie sans succès le chlorate de potasse.

Le 30 juillet l'auteur note la vive sensibilité des gencives qui offrent une coloration bleu foncé.

Le 4 août, même teinte des bords et de la pointe de la langue. Le 9 août, extension des taches au palais, à la luette, aux piliers du voile, à la face interne des joues.

Le 15 août sous l'influence du chlorate de potasse les accidents s'amendent, la salivation et la douleur cessent, l'appétit reparaît.

La rougeur diffuse de la muqueuse qui existait au début fait place à une pâleur sur laquelle tranchent d'une façon remarquable les taches foncées. Celles-ci persistent du reste pendant plusieurs mois ; on les constate encore mais très atténuées, le 8 novembre quand le malade quitte l'hôpital.

La guérison de la plaie du genou a été retardée par les concrétions de bismuth accumulées dans la grande bourse séreuse et qu'il a fallu extraire.

L. GALLIARD.

I. — Gehirnerweichung nach Vergiftung mit Kohlendunst (Ramollissement cérébral consécutif à l'empoisonnement par les vapeurs de charbon), par POELCHEN (*Berl. klin. Woch.*, 26 *juin* 1882).

II. — Intoxication par les vapeurs de charbon, par BARTHÉLEMY et MAGNAN (*Annales d'hygiène publiq.*, *novembre* 1881).

III. — Refusion in carbonic oxide poisoning (Réinfusion de sang extrait par la saignée dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone), par W.-S. HALSTED (*Medical News*, 8 *décembre* 1883).

IV. — Des paralysies, névralgies, troubles trophiques et vaso-moteurs survenant sous l'influence de l'intoxication par le gaz oxyde de carbone, par Ch.-J.-B. SIMON (*Thèse de Paris*, 1883).

V. — Ueber einen Fall von Kohlenoxyd-Vergiftung, par F. FALK (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medecin*, *avril* 1884).

I. — Deux époux s'asphyxient accidentellement avec leur poêle. Le mari, tenu en observation durant 7 semaines, n'offre aucune suite fâcheuse de son empoisonnement. La femme, âgée de 37 ans, avait été beaucoup plus gravement atteinte et était restée deux jours sans connaissance. Cependant, au bout d'une huitaine, elle reprenait ses occupations, ne conservant qu'un peu d'hésitation de la parole.

Mais le 26e jour, après l'accident, elle fut prise des symptômes suivants : somnolence, apathie, mutisme presque complet, lenteur de plus en plus marquée des mouvements, raideur des membres dans la flexion plus accentuée

aux bras, surtout au droit. Pupilles étroites insensibles, regards fixes et vagues. Rien à l'examen ophtalmoscopique. Rires sans motifs, aucune réponse aux questions. Constipation suivie de selles involontaires. Rétention d'urine; l'urine est fétide, purulente, ne contenant ni sucre ni albumine.

Tous ces phénomènes, après avoir acquis un haut degré d'intensité, rétrocédèrent. La malade fut prise de fièvre, de tremblement universel, d'escarre au sacrum et succomba à une broncho-pneumonie droite le 45e jour après son intoxication.

L'autopsie fit constater, en autres lésions, deux foyers de ramollissement jaune placés symétriquement dans les corps striés. Aucune obstruction vasculaire ne fut découverte.

Poelchen résume 6 autres cas de ramollissement cérébral, consécutifs à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et dus les uns à Klebs. (*Virchow's Archiv*, XXXII) les autres à Simon (*Archiv für Psychiatrie*, I.)

II.—Un homme de 28 ans, fils d'alcoolique et alcoolique lui-même, tente de s'asphyxier avec les vapeurs de charbon. Au bout de plusieurs heures, on l'apporte à l'hôpital, sans connaissance, complètement insensible et en résolution parfaite. Rougeur des yeux et de la face, contrastant avec la pâleur extrême du reste des téguments. Déglutition encore possible.

Révulsifs cutanés et cordiaux.

Le lendemain matin, température de 40°, pouls petit, battant 112 fois par minute.

Accès subintrants de convulsions à la fois toniques et cloniques avec contracture consécutive des membres en extension. Les membres inférieurs sont en outre le siège de contractions fibrillaires. Insensibilité des cornées; pupilles dilatées, vision nulle. Plaintes inarticulées. Bien que la connaissance ne soit pas encore revenue, de l'hyperesthésie cutanée est déjà appréciable. Rétention de l'urine qui ne renferme ni sucre ni albumine.

Injections hypodermiques d'éther. Saignée de 300 grammes : le sang est noir et se coagule très vite et ne laisse transsuder aucun sérum. Retour de la connaissance à 8 heures du soir.

Le surlendemain, convulsions moins fréquentes, mais contracture générale et permanente des membres dans l'extension. Vision trouble. Faiblesse extrême. Amnésie absolue. Inhalations d'oxygène.

Le 6e jour, éruption confluente d'acné miliaire.

Le 28 jour, le délire a disparu, mais il subsiste de l'inertie intellectuelle et de la perte de la mémoire.

Après une convalescence d'un mois, passée à l'asile de Vincennes, il est impossible au malade de reprendre son métier à cause de sa débilité intellectuelle.

Six mois plus tard il entre à Sainte-Anne, où l'on constate une hémiparésie gauche, de la motilité de la face et de la jambe avec affaiblissement considérable de la mémoire beaucoup plus marqué par moments. Le malade s'égare dans les quartiers qu'il connaît le mieux.

III. — Halsted désigne par le terme de réinfusion ou de transfusion déplétoire, une opération consistant à restituer au malade le sang qu'on lui a extrait au moyen d'une saignée. Il préconise cette médication dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, et rapporte à l'appui l'observation suivante, tout en convenant que le patient eût sans doute guéri même sans le traitement.

Un homme, de 57 ans, est trouvé sans connaissance dans une cabine de paquebot éclairé au gaz. A son arrivée à l'hôpital, il est dans le coma, les membres, surtout les droits, raidis dans la flexion, les lèvres cyanosées, la peau pâle et froide, la respiration extrêmement superficielle.

Bain d'air chaud, injections hypodermiques de whiskey.

Mise à nu de l'artère radiale droite : saignée de 512 grammes à la suite de laquelle les respirations deviennent plus profondes, les réflexes cutanés beaucoup mieux appréciables et la raideur des membres supérieurs disparaît.

Trois quarts d'heure plus tard, Halsted réinjecte dans le bout central de l'artère, au moyen d'une canule qui avait été laissée à demeure les 288 grammes de sang, restant après défibrinisation et filtration du sang obtenu par la saignée.

A la suite de cette transfusion, la température monte de 35°,4 à 36°,6 Centigrades.

Au bout de trois nouveaux quarts d'heure on fait une nouvelle saignée artérielle de 300 grammes.

Comme pour la précédente, le sang est défibriné, passé et maintenu à la température de 37°,5 dans un appareil à transfusion où on les mêle à 128 grammes de sang, également défibriné, emprunté à un autre individu.

Une demi-heure plus tard, transfusion artérielle centripète de 192 grammes de ce sang mixte. Rapidement la face du malade perd sa pâleur cadavérique, et 50 heures après son admission, il s'en va guéri.

Cinq mois et demi après son empoisonnement, cet homme ne présentait aucune suite fâcheuse.

A l'actif des bons effets de la saignée dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, Halsted relate encore le fait que voici :

Une jeune fille de 17 ans est, à bord d'un bateau, la victime accidentelle d'un empoisonnement par le gaz d'éclairage. On l'apporte à l'hôpital, privée de connaissance, cyanosée, respirant très superficiellement, poussant des gémissements et ayant un pouls faible et accéléré.

Injections sous-cutanées de whiskey et de digitale. Bain d'air chaud, flagellations, inhalation d'ammoniaque, respiration artificielle ; injections d'eau chaude dans l'estomac et le gros intestin, à titre de stimulants.

Malgré toutes ces médications l'état de la malade devient de plus en plus grave : pouls encore plus fréquent et intermittent ; absence complète de réflexes; bouche froide, alternance de contractions fibrillaires de la face et de grincement des dents; flexion rigide des quatre membres.

11 heures après son admission, saignée basilique de 200 grammes suivie presque instantanément d'une amélioration merveilleuse : la respiration devient plus profonde, le pouls plus fort et moins fréquent; la rigidité des membres cesse et les reflexes reparaissent.

Deux heures plus tard, Halsted tente la transfusion dans la veine céphalique avec le sang entier, mais il ne peut en faire pénétrer que 30 grammes.

En compulsant les faits de guérison d'empoisonnement par l'oxyde de carbone, dans lesquels on a eu recours à la fois à la saignée et à la transfusion, Halsted a reconnu que c'était la saignée qui avait le rôle essentiel. Néanmoins il préconise la transfusion qui à défaut d'autres mérites, a celui de permettre de recourir largement à des saignées répétées.

Halsted, en ce qui concerne la transfusion, est partisan de la pratiquer dans le bout central de l'artère. Deux fois il a injecté de cette façon une solution alcaline de chlorure de sodium ou du sang défibriné, dans des cas d'anémie traumatique et de septicémie.

Chez un troisième malade septicémique, il reconnaît que la transfusion de sang défibriné, moins heureux que dans les faits précédents, a précipité la mort du malade.

IV. — Les paralysies et névralgies, les troubles trophiques et vaso-

moteurs dus à l'oxyde de carbone, présentent des caractères qui permettent de remonter à leur cause. Non seulement ils diffèrent des accidents semblables produits par les lésions du système nerveux, les névroses ou autres affections, mais ils offrent des caractères diagnostiques qui les font différencier des troubles analogues dus à l'alcool, au sulfure de carbone, au mercure, à l'arsenic, au plomb, aux carbures d'hydrogène, etc.

Les accidents dus à l'oxyde de carbone peuvent revêtir une marche aiguë et survenir pendant la période asphyxique, ou survenir un certain temps après cette période ; ils peuvent succéder à la forme chronique de l'intoxication.

Les lésions du mouvement ne sont pas d'emblée généralisées ; elles sont périphériques, nettement localisées, asymétriques, disséminées ; elles ont quelquefois une marche ascendante.

Les lésions de la sensibilité occupent également les extrémités pour s'étendre progressivement vers la racine des membres et le tronc ; elles peuvent être indépendantes des paralysies du mouvement.

Les névralgies offrent parfois une grande mobilité.

Les troubles trophiques et vaso-moteurs sont dépourvus de toute symétrie.

Il s'opère dans les accidents causés par l'oxyde de carbone, une sorte de dissociation en vertu de laquelle le nerf touché n'est pas atteint dans toutes ses fonctions ; il peut n'y avoir de frappé que l'élément vaso-moteur à l'exclusion des éléments moteur et sensitif. Cette localisation appartient en propre à l'oxyde de carbone et est pathognomonique.

La durée des accidents est généralement longue. Les troubles vaso-moteurs disparaissent le plus rapidement ; les troubles moteurs sont les plus durables et quelquefois incurables. Toutefois dans la majorité des cas le pronostic n'est pas grave.

Le traitement général doit surtout s'appliquer à combattre l'anémie vraie et l'anémie artificielle résultant de l'insuffisance fonctionnelle des globules sanguins.

V. — L'intérêt de l'observation de Falk réside dans ce fait que la femme asphyxiée se trouvait en état de grossesse.

Une femme, âgée de 42 ans, est trouvée sans vie avec un enfant mort dans les bras. Cette double mort a été causée par les vapeurs d'un poêle.

A l'autopsie faite 4 jours plus tard, en octobre, on trouve dans l'utérus un fœtus de 8 mois dont le sang noir, contrastait avec la couleur du sang de la mère et du frère, qui était rutilante.

Tandis que l'épreuve de Hoppe-Seyler (lessive de soude) et le spectroscope s'accordaient à montrer l'existence de l'oxyde de carbone dans le sang des deux derniers, elles donnèrent un résultat contraire pour le sang du fœtus.

Voilà donc un fait qui paraît prouver que le placenta offre une barrière infranchissable au passage de l'oxyde de carbone.

Comment le concilier avec les observations contradictoires, moins nombreuses il est vrai, où, à la suite d'un empoisonnement d'une femme enceinte par l'oxyde de carbone on retrouve ce gaz dans le sang du fœtus. Liman, entre autres, a cité un cas de ce genre pour un fœtus de 6 mois.

De quelques expériences auxquelles Falk s'est livré sur ce point, il incline à croire que le fœtus n'est intoxiqué qu'autant qu'il est encore éloigné du terme normal de son développement et que l'intoxication de la mère a été lente. J. B.

THÉRAPEUTIQUE.

Traité élémentaire de Thérapeutique et de Pharmacologie, par RABUTEAU (4e édition, *Paris*).

Cette dernière édition est bien supérieure aux précédentes, en ce sens qu'elle est au courant des découvertes les plus récentes, qu'elle contient de nouvelles recherches originales, qu'elle a été éditée avec un plus grand luxe ; notamment le nombre des figures y est considérable.

Parmi les chapitres nouveaux, citons ceux de l'alcoolisme et de son traitement, du bouillon, du carica papaya et de la caricine ou papaïne, des éthers formés par les alcools monoatomiques et des acides dérivés de ces alcools, de l'oxyde de zinc, de la pelletiérine, des bases pyridiques étudiées par de Coninck, Marcus et Pinet, de l'acide salicylique et du salicylate de sodium, du jéquirity, de la métallothérapie, de l'emploi de l'aimant, etc.

Plusieurs chapitres ont été remaniés et complétés ; ceux du jaborandi et de la pilocarpine, de l'électricité, du magnétisme.

Un certain nombre d'articles reposent sur des recherches récentes de l'auteur. Le bromure d'éthyle a été remis en honneur par Rabuteau en 1876 et en 1880 ; c'est un bon anesthésique. L'iodure d'éthyle a une action plus faible que le bromure. L'éther acétique anesthésie rapidement les grenouilles, tandis qu'il ne produit les mêmes effets sur les animaux à sang chaud que dans des circonstances déterminées ; il amène facilement une ébriété passagère, ce qui explique les effets capiteux de certains vins blancs. Le méthylsulfate de sodium et surtout le sulfophénate de sodium sont de bons purgatifs dialytiques. Ses recherches sur le diamagnétisme animal sont intéressantes.

Il existe une différence capitale entre les effets des ammoniums ou amines primaires, secondaires et tertiaires et ceux des ammoniums quaternaires. Tandis que les amines primaires, secondaires, et tertiaires et leurs sels sont comparables par leurs principaux effets à l'ammoniaque et aux sels ammoniacaux, Rabuteau a pu établir au sujet des ammoniums quaternaires la règle suivante : les sels d'ammoniums quaternaires sont des poisons paralyso-moteurs ou curarisants ; il en est de même de leurs oxydes qui sont à la fois caustiques et paralyso-moteurs. Il n'y a pas d'exception, et cette loi s'applique aux phosphoniums, arsoniums et stiboniums quaternaires. En 1857, il n'existait qu'un paralyso-moteur, le curare, si bien étudié par Cl. Bernard ; aujourd'hui on peut déjà dire qu'il en existe plus de 18,000 et ce nombre ne fera que s'accroître.

BAZILE FÉRIS.

Untersuchungen über das elektrische Leitungsvermögen der menschlichen Haut (Recherches sur la conductibilité électrique de la peau), par GÄRTNER (*Wien. med. Jahrbücher, Heft IV, p.* 519, 1882).

L'auteur a contrôlé les résultats de Remak, de Munk, d'Erb, et des

autres physiologistes qui ont traité la question, tels que Lenz et Ptschelnikoff, Runge, Drosdoff, Tschiriew et de Watteville. Il s'est servi de la méthode de Wheatson. Ses expériences l'ont amené à des conclusions précises :

Au moment où la peau est soumise à l'action du courant électrique la résistance qu'elle oppose est considérable, mais le chiffre qui exprime cette résistance peut être abaissé en quelques minutes, par l'action continue du courant, au trentième de sa valeur primitive. Cette diminution dépend de l'intensité du courant et de la durée de l'application. La fermeture et l'ouverture du courant n'ont, à cet égard, aucune influence, mais l'inversion du courant diminue la résistance.

Les résultats sont identiques sur le cadavre. Cela prouve, contrairement à l'opinion des auteurs, que la conductibilité de la peau est indépendante de l'hyperémie, de l'apport du sang alcalin, et de l'activité secrétoire des glandes.

Quel est le rôle de l'épiderme ? C'est dans l'épiderme que réside exclusivement la cause des variations de résistance. Si l'on trempe en effet la main d'un cadavre dans l'eau bouillante pour le débarrasser de la couche épidermique, on constate que la résistance au courant est exprimée par un chiffre presque constant.

Si l'on place entre les électrodes cette couche épidermique épaisse détachée de la paume de la main d'un manœuvre, la résistance n'est plus aussi considérable que celle de la main tout entière, probablement à cause des modifications produites par l'eau bouillante, mais elle dépasse la moitié du chiffre total.

L'auteur a constaté enfin que le courant électrique détermine une élévation de température de la peau ; en trente minutes il a porté la température cutanée du bras d'un cadavre de 8° 7 à 12° 7 (la température de la chambre étant de 14° 7).

Au niveau de la paume de la main d'un sujet vivant, l'échauffement a été moindre, avec le même nombre d'éléments ; en cinq minutes le thermomètre s'est élevé de 27° 5 à 28° 2. L. GALLIARD.

I. — Sur la paraldéhyde, par YVON (*Bull. gén. de thérap.*, 30 *janvier* 1884).

II. — Sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la paraldéhyde, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Ibid.*, 30 *janvier* 1884).

I. — La paraldéhyde résulte de la condensation de trois molécules d'aldéhyde. Elle est soluble dans l'eau ; on peut en obtenir des solutions au dixième ; mais elle présente la propriété curieuse d'être moins soluble à chaud qu'à froid. Sa saveur est piquante, son odeur agréable rappelle celle de la pomme rainette. Yvon pense qu'on pourrait préparer directement et facilement la paraldéhyde en opérant sur l'alcool et sans passer par l'intermédiaire de l'aldéhyde.

Il donne les formules d'une solution aqueuse, d'une solution hydro-alcoolique, d'une potion et d'un élixir.

II. — Chez les animaux, la paraldéhyde détermine un sommeil profond, mais ce sommeil qui peut durer plus de 24 heures ne s'accompagne ni de l'anesthésie, ni de l'analgésie que donne le chloral à dose égale et l'on

peut toujours par le pincement réveiller un animal endormi par la paraldéhyde.

Dujardin-Beaumetz se sert d'une solution alcoolique au dixième dont il prescrit 20 à 30 grammes chez l'homme, soit 2 ou 3 grammes de paraldéhyde. La saveur est moins désagréable que celle du chloral.

Comme hypnotique, elle est supérieure à la morphine ou au chloral : sommeil plus rapide, plus calme, réveil plus facile et non accompagné de céphalalgie.

Mais comme substance calmante et anodine, elle leur est inférieure; elle est impuissante à amener la cessation des phénomènes douloureux.

La paraldéhyde est donc un excellent médicament dans l'insomnie. Par son usage, C. Paul a pu même faire perdre chez une malade la funeste habitude de la morphine. B. FÉRIS.

De l'influence de la paraldéhyde sur la calorification, sur l'oxygénation de l'hémoglobine et sur les phénomènes d'échange, par A. HÉNOCQUE (*Soc. de Biol.*, 16 *mars* 1884).

Dans cette communication, l'auteur rappelle d'abord l'action hypnotique de la paraldéhyde et la diminution de la sensibilité à l'excitation électro-magnétique, qui accompagne le sommeil, puis il relate quelques expériences sur l'animal, desquelles il conclut que cette substance produit une diminution considérable sur les phénomènes d'échanges dans les tissus ; la température est abaissée ; la respiration ralentie, et la quantité d'oxyhémoglobine contenue dans le sang est diminuée. Dans certains cas d'hyperthermie, ne pourrait-on pas faire usage de la paraldéhyde, c'est ce qu'il est permis de supposer. OZENNE.

I. — Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la paraldéhyde, par COUDRAY (*Thèse de Paris*, 1884).

II. — Ricerche cliniche e fisiologiche sulla paraldeide, par CERVELLO (*La Medicina contemporanea, juillet* 1884).

I. — L'action physiologique de la paraldéhyde est la suivante : elle agit d'abord sur les lobes cérébraux, puis sur le bulbe et la moelle. Elle diminue la tension artérielle et ralentit légèrement le cœur ; elle amoindrit beaucoup le nombre des mouvements respiratoires ; elle détermine un abaissement de température qui peut dépasser 8° ; elle diminue et abolit à haute dose la sensibilité et les réflexes ; elle s'élimine en nature par le poumon.

A dose élevée la mort survient par arrêt respiratoire. La dose toxique chez les animaux est très considérable ; on ne connaît pas celle de l'homme.

La paraldéhyde est indiquée dans tous les cas d'insomnie, dans les maladies mentales, le délire alcoolique, la morphio-manie. Elle est spécialement utile dans les névroses convulsives, et en particulier dans le tétanos ; son effet est certain dans l'empoisonnement par la strychnine, à condition d'être administrée presque aussitôt après l'introduction du poison.

A forte dose elle est avantageuse dans les névralgies. Mais elle ne

donne pas de bons résultats dans les phtisies et bronchites avec expectoration abondante.

On l'administre chez l'adulte à la dose de 2 à 5 grammes, en potions ou par les voies rectale ou hypodermique.

Les inhalations n'ont aucun effet hypnotique.

En raison de l'accoutumance, il faut élever progressivement les doses.

II. — Le sommeil par la paraldéhyde ressemble entièrement au sommeil physiologique ; il ne laisse à sa suite ni céphalée, ni anorexie, etc.; c'est le premier des hypnotiques.

L'absorption par la voie gastro-intestinale est très rapide; il n'est pas rare de voir le sommeil apparaître au bout de cinq minutes ; il en est de même de la voie rectale, mais l'absorption est moins facile par le tissu cellulaire sous-cutané.

Si l'individu résiste au sommeil, le pouls ne présente en fait de modifications qu'un abaissement de quatre pulsations par minute; dans le sommeil paraldéhyque cette diminution oscille entre six et dix. La respiration ne change pas pendant la veille et diminue de un ou deux mouvements pendant le sommeil ; dans ce dernier état la température s'abaisse de quelques dixièmes.

L'élimination a lieu non seulement par le poumon, mais peut-être aussi par l'urine qui présente l'odeur spéciale.

Non seulement elle n'est pas contre-indiquée, comme le chloral, dans les maladies cardiaques, mais encore c'est un tonique du cœur. Son efficacité contre la douleur est problématique. Mais elle est remarquable dans tous les cas de surexcitation du système nerveux.

Les seules contre-indications existent dans l'ulcère de l'estomac et peut-être dans la dernière période de la phtisie avec ulcérations laryngées.

BAZILE FÉRIS.

Ueber Kaïrinum muriaticum, par V. HOFFER (*Wien. med. Woch.*, *n°* 30, 1883).

L'auteur s'est servi du chlorhydrate de kairine dans des cas de pleurésie, péricardite, pneumonie, fièvre typhoïde, fièvre intermittente, rhumatisme aigu, tuberculose. Voici les résultats :

L'action du médicament ne lui a pas paru constante : tantôt il abaisse la température, tantôt il n'a pas d'effet antipyrétique. Dans la fièvre intermittente on peut noter des insuccès; du reste la nécessité de répéter les doses toutes les heures ou toutes les deux heures constitue un grave inconvénient, surtout quand on est accoutumé à l'administration si simple du sulfate de quinine.

Même irrégularité chez les pneumoniques dont la fièvre n'a pas toujours cédé. L'auteur n'a pas noté l'euphorie signalée par Filehne : au contraire les malades ont été fort incommodés par les sueurs profuses, les frissons, la sensation de chaleur des muqueuses, la céphalée.

L'effet antipyrétique a toujours été très passager et l'organisme a paru s'accoutumer très facilement à la kairine. Cependant deux typhiques en ont tiré grand profit.

Elle a été nuisible dans la tuberculose à cause de l'affaiblissement et du collapsus qu'elle détermine.

L. GALLIARD.

Recherches sur l'action antipyrétique de la kairine, par QUEIROLO (*Archiv. ital. de Biologie, fasc. II, p.* 224, 1884).

L'auteur croit que chez les individus sains, en dehors de tout état fébrile, la kairine produit une notable dilatation des vaisseaux périphériques.

Chez les fébricitants la kairine abaisserait la température en dilatant les vaisseaux ; cette dilatation des vaisseaux précède de quelque temps l'abaissement de la température. Lorsque l'action de la kairine est épuisée, les vaisseaux se contractent de nouveau et peu après la température remonte. C. GIRAUDEAU.

Sur l'hamamelis virginica et sur ses propriétés thérapeutiques, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Bull. de thérap.*, 15 *mars* 1884).

Les Indiens de l'Amérique du nord emploient le fruit de l'*hamamelis virginica* dans le traitement des maladies inflammatoires, et aujourd'hui on en fait un grand usage en lotions contre les hémorrhoïdes enflammées et contre les ophtalmies. On se sert soit du fruit, soit des feuilles, soit de l'écorce. Toutes les parties de la plante contiennent une grande quantité de tannin.

On fait avec cette plante des infusions, décoctions, teintures, extraits alcooliques et un extrait fluide.

Si l'on en croyait certains auteurs, le *noisetier de sorcière* jouirait de propriétés merveilleuses et serait presque une panacée. Mais on est d'accord pour accorder des propriétés réelles à l'hamamelis contre les hémorroïdes ; elle jouerait dans ce cas le rôle d'un véritable agent spécifique. Dujardin-Beaumetz l'a employée dans son service et croit en avoir retiré quelque avantage, à la dose de 10 gouttes d'extrait fluide toutes les deux heures à l'intérieur, lorsque les hémorroïdes ne sont pas compliquées de spasme anal.

Dans ces derniers temps, on a en outre affirmé que par son action sur la contractilité des parois vasculaires le médicament pouvait combattre efficacement les varices ; pourtant Dujardin-Beaumetz n'a pas réussi. Dans les hémoptysies, le même auteur a obtenu des effets analogues à ceux qui résultent de l'emploi d'une préparation astringente. BAZILE FÉRIS.

Recherches sur les propriétés thérapeutiques, chimiques et physiologiques de l'Hamamelis virginica, par Hector GUY (*Thèse Paris*, 1884).

L'Hamamelis virginica, employée à doses très élevées, ne produit aucun phénomène d'empoisonnement chez les animaux, notamment chez les grenouilles et les lapins. Ce médicament n'est pas toxique pour l'homme ; jamais l'on n'a constaté d'accidents survenus à la suite de son administration. Cette plante ne paraît pas avoir d'action physiologique spéciale sur le système vasculaire, ni sur les veines, ni sur les artères.

On n'a constaté la présence d'aucun alcaloïde dans l'écorce et les feuilles du noisetier de sorcière. Son principe actif est probablement une huile essentielle.

Au point de vue thérapeutique, l'hamamelis a une action incertaine. Elle a cependant donné de bons résultats dans certains cas d'hémorroïdes. Comme hémostatique, son action a paru démontrée dans quelques circon-

stances. Les résultats obtenus avec ce médicament dans le traitement des varices ne sont pas concluants.

L'hamamelis virginica ne paraît donc pas mériter l'enthousiasme que montrent pour elle les Américains. Elle n'a pas d'action spéciale bien nette; cependant, dans certains cas, son emploi peut être suivi de succès.

B. FÉRIS.

Contribution à l'étude du sulfate de cinchonidine envisagé au point de vue physiologique et thérapeutique, par J. MARTY (*Bull. gén. de thér., avril et mai* 1884).

Les deux grands reproches à faire au sulfate de cinchonidine sont : 1° la variabilité extrême de son action chez l'homme sain, comme chez le malade; 2° la facilité avec laquelle il peut provoquer des accidents toxiques à des doses qui paraîtraient souvent nécessaires au point de vue thérapeutique.

Il peut être employé sans inconvénient au traitement des fièvres palustres bénignes, surtout à forme tierce; vu l'inégalité de son action, il serait imprudent de compter sur lui dans les cas graves. On le prescrira à doses doubles du sulfate de quinine; mais il y a danger à dépasser deux grammes, d'où son inutilité dans les accès pernicieux. Son action est peu marquée sur les formes larvées. B. FÉRIS.

Note on the bark of Rhamnus purshiana (cascara sangrada) in the treatment of habitual constipation, par William CRAIG (*Edinb. med. journ., p.* 1115, *juin* 1884).

Ce nouveau purgatif, qui nous arrive de Californie, appartient à la famille des rhamnées, qui fournit déjà le nerprun (R. catharticus) et la bourgène (R. frangula) deux espèces indigènes connues depuis longtemps pour leurs propriétés cathartiques.

L'écorce du Rhamnus purshiana, ou cascara sangrada, renferme plusieurs résines, outre du tanin et un alcaloïde cristallisable. Une de ces résines, est brune, d'un goût amer, se colorant en rouge pourpre par la potasse. Une autre est rouge, sans goût, se colorant en brun par la potasse. Enfin une troisième jaune, sans goût, se colorant en rouge brun par l'acide sulfurique. Ces résines entrent dans la proportion de 10 0/0 du poids de l'écorce, et constituent la partie active de la plante. H. R.

I. — Condurango, par Alb. HOFFMANN (*Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte, n°* 4, *p.* 118, 15 *février* 1882).

II. — Condurango, par STUTZ (*Idem, n°* 6, *p.* 178, 15 *mars* 1882).

I. — La thèse inaugurale de Hoffmann a été consacrée à l'exposé des expériences faites à l'hôpital de Bâle, par Immermann, sur les effets de l'écorce de condurango dans le traitement du cancer viscéral.

Sur les 24 cancéreux traités par le condurango, on a compté 50 pour cent de mort, 40 pour cent d'améliorations et 10 pour cent chez lesquels la médication n'a donné aucun résultat.

Sur les 108 cancéreux auxquels on n'a pas fait prendre de condurango, 64,8 pour cent sont morts; 9,1 pour cent ont vu leur état s'améliorer et 25 pour cent ont été traités sans résultat.

Hoffmann conclut :

1° Les préparations de condurango ne constituent point un moyen infaillible contre toutes les affections cancéreuses, car on note parfois des insuccès complets ;

2° L'action du condurango paraît surtout locale. Dans certains cas, on constate directement ses effets sur la tumeur ;

3° Dans les cancers de l'estomac et de l'œsophage, il modifie favorablement en premier lieu les vomissements, puis les douleurs ;

4° L'appétit, les fonctions digestives et l'état général se relèvent par l'usage prolongé du condurango. L'amélioration se traduit quelquefois par un accroissement de poids.

II. — Les observations de Stutz, qui portent sur 6 cancers gastriques avec tumeur apparente, confirment les conclusions de Hoffmann.

Chez 2 malades la cachexie était si profonde, que le condurango s'est montré impuissant à prévenir la mort, qui est survenue au bout de 8 ou 15 jours.

Chez les 4 autres, les effets de la médication ont été surprenants. Dans un cas, les vomissements ont cessé instantanément ; dans deux autres, au bout de peu de jours. Chez tous il a noté une diminution des douleurs et une amélioration de l'appétit.

Malheureusement chez aucun l'amélioration n'a été définitive. Au bout de quelques semaines ou de quelques mois est survenu un collapsus rapide.

Deux fois, Stutz a remarqué une diminution de la tumeur (*R. S. M.* XX, 500). J. B.

I. — Sur l'action physiologique et toxique de l'ergotine, à propos d'un empoisonnement par l'ergotine Bonjean, par DEBIERRE (*Bull. gén. de thérap.*, 30 *janvier* 1884).

II. — De l'ergotinine dans le diabète sucré, par RUYSSEN (*Thèse de Paris*, 1884).

I. — Ce travail repose sur un fait bien observé et les conclusions en sont logiquement déduites.

Jeune femme de 25 ans, sujette à des hémoptysies complémentaires de l'hémorragie cataméniale. Un jour, vers 10 heures du matin, elle prit d'un seul trait 5 à 6 grammes d'ergotine.

A 6 heures et demie du soir seulement, les phénomènes toxiques commencent à se produire. Douleur dans le bas-ventre et perte de connaissance. Puis sécheresse de la gorge et de la peau ; dyspnée angoissante ; douleur intolérable, profonde, contorsive des régions pectorale et épigastrique : elle est continue, mais s'exaspère par intervalles à peu près réguliers ; vertiges, constriction des tempes ; fourmillements dans les membres, sensation de frissonnement ; insensibilité complète et progressive de la peau au tact, à la douleur, à la température ; sentiment d'indéfinissable langueur.

A 10 heures du soir apparaissent quelques secousses convulsives, suivies de contracture des fléchisseurs. Pâleur considérable, dyspnée extrême ; 50 respirations par minute ; pouls petit, à 50 ; température à 36° 4.

Traitement : injections sous-cutanées d'éther à l'avant-bras qui déterminent de l'amélioration en peu d'instants ; chloral, 3 grammes ; café.

Le lendemain, état satisfaisant ; le surlendemain et le jour suivant apparaissent encore quelques accès de suffocation et d'accidents spasmodiques ; quatre jours après, la santé est à peu près complètement rétablie.

M. Debierre conclut de cette observation que l'action physiologique de l'ergotine n'est pas aussi fugace et que son élimination n'est pas aussi rapide qu'on l'a dit.

La constriction des vaisseaux explique la plupart des symptômes observés; la douleur de la poitrine est due peut-être au spasme des muscles du tube digestif et sans doute aussi des bronches; le frissonnement est causé par le spasme des fibres lisses annexées aux follicules pileux.

Ce cas confirme une fois de plus que ce que l'on a décrit sous le nom *d'épidémies d'ergotisme* est bien dû aux effets de l'ergot.

L'insensibilité n'empêchait pas la malade de sentir les pressions fortes, ainsi que les obstacles contre lesquels on la poussait; il semble donc qu'elle avait conservé le sens musculaire.

II. — L'auteur cite cinq observations de traitement du diabète par l'ergotinine en injection sous-cutanée à la dose d'un demi-milligramme. Le médicament s'est montré efficace dans tous les cas contre le symptôme polyurie; son efficacité a fait défaut une fois contre le symptôme glycosurie. C'est donc un bon remède, mais qui, pas plus que d'autres, ne guérira sûrement le diabète. Déjà quelques auteurs avaient eu à se louer de l'ergot dans le même cas. M. Ruyssen pense que l'ergotinine agit sur le système nerveux dont elle diminue l'irrigation sanguine.

B. FÉRIS.

Ueber die Applikation von Arzneistoffen auf die Haut in dünnen, festhaltenden Schichten (De l'application des médicaments sur la peau en couches minces, adhérentes), par AUSPITZ (*Wien. med. Woch.*, *n°* 30, 1883).

Parmi les substances employées depuis quelques années dans le traitement du psoriasis, la chrysarubine mérite une mention spéciale. Les dermatologistes se sont efforcés de la fixer en couches minces soit en l'incorporant dans des emplâtres, soit en la mélangeant au collodion (Sesemann) ou à la gélatine (Pick). A ces divers agglutinatifs l'auteur substitue la traumaticine qui n'est autre chose que la solution d'une partie de gutta-percha dans dix parties de chloroforme. Il fait dissoudre dans dix parties de ce mélange une partie de chrysarubine pour badigeonner les plaques psoriasiques préalablement lavées au savon dans le bain. L'opération est répétée deux ou trois fois par jour. Très rapidement, après une dizaine de badigeonnages au plus, les plaques sont transformées en taches blanches entourées d'une zone rouge ou brun violet. Dans quelques cas peu intenses on a pu faire disparaître la dermatose en trois ou six jours, même sans l'emploi des lotions savonneuses et des bains.

Comparée aux autres véhicules, la traumaticine a l'avantage d'être beaucoup moins coûteuse, de conserver plus longtemps sa pureté. Au lieu de se solidifier à froid, elle reste liquide dans le flacon et n'a pas besoin d'être chauffée comme la gélatine. Après le badigeonnage, le chloroforme s'évapore et la gutta-percha se fixe lentement. La solution de traumaticine forme une pellicule plus délicate que le collodion et la gélatine, ce qui évite toute tension des téguments; elle est plus plastique et exerce une compression plus régulière, surtout autour des jointures.

La même médication s'applique à l'herpès tonsurant, à l'eczéma marginé, au prurigo.

On peut substituer à la chrysarubine les acides pyrogallique ou salicylique. L. GALLIARD.

Action de quelques médicaments sur l'hémoglobine du sang, par FENOGLIO (*Wien. med. Jahrbücher, Heft 4, p.* 635, 1882).

L'auteur compare l'action des pilules de Blaud du fer Bravais, et du lactate de fer.

C'est le fer Bravais qui a la moindre efficacité.

L'arsenic détermine une augmentation de l'hémoglobine. L. G.

Ricerche cliniche e sperimentali sull' albuminato di ferro. Amministrazione interna, injeczioni ipodermiche, endoperitoneali ed endovenose, par VACHETTA (*Annali univ. di med. e di chir., janvier* 1884).

L'albuminate de fer préparé suivant la méthode de Tarozzi se prête facilement à l'emploi des injections hypodermiques dans la proportion de 1/10 ou de 1/20 d'eau distillée. Employé de cette manière, il combat avec succès l'anémie. Il peut être aussi employé en injections intrapéritonéales, et l'emporte sur les injections de sang ; il provoque rapidement l'augmentation de l'hémoglobine et des hématies. L'auteur croit qu'on pourrait aussi, faute de sang humain, injecter l'albuminate de fer dans les veines. Mais il ne se prononce pas catégoriquement, ses expériences étant trop peu nombreuses. F. BALZER.

The treatment of diphtheria and croup by large doses of bichloride of mercury, par W. THALLON (*New York med. Journ., p.* 401, 1884).

Dans un mémoire lu devant la Société médicale du comté de Kings, W. Thallon rapporte 10 cas de diphthérie avec ou sans croup, qu'il a traités avec succès par l'emploi des doses élevées de sublimé. Les applications locales ou les pulvérisations sont de peu d'utilité ; c'est à l'intérieur, et comme remède constitutionnel, qu'il faut donner le médicament. Celui-ci doit être administré toutes les deux ou trois heures, toujours largement dilué, et à fortes doses ; l'auteur donne, par exemple, à un enfant de 4 ans, 2 à 3 centigrammes de sublimé par 24 heures, et ce n'est qu'avec des doses de ce genre que l'action curative est obtenue.

Dans aucun cas il n'est survenu de stomatite ou de salivation. Pendant la convalescence, on peut associer au sublimé le perchlorure de fer.

L'auteur reconnaît que sur les 10 cas qu'il a soignés et guéris, trois seulement présentaient une réelle gravité ; pour bien apprécier la valeur de cette méthode thérapeutique, préconisée déjà par le professeur Pepper, il faudrait l'expérimenter dans une série de cas infectieux.

Le sublimé agit à la fois par ses propriétés dissolvantes et antiplastiques, par son action sécrétoire sur les glandes et les muqueuses, enfin et surtout par son pouvoir antiseptique considérable.

Dans la discussion qui suivit la lecture de ce mémoire, S. Armor, Skene, F. Stuart, citèrent également plusieurs cas de diphthérie où l'administration du sublimé à hautes doses avait amené la guérison —

Hopkins déclare, au contraire, préférer de beaucoup la médication alcoolique et tonique. A. CHAUFFARD.

Expériences thérapeutiques sur l'acide bromhydrique, par MASSINI (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 17, p. 550, septembre* 1881).

L'acide bromhydrique se prépare en mélangeant 100 parties d'hyposulfite de soude, 50 de brome et 17 d'eau.

Il a sur le bromure de potassium l'avantage de plaire mieux, à cause de sa saveur acide et d'être mieux toléré par l'estomac.

Massini n'hésite pas à le recommander, après l'avoir essayé chez 31 malades atteints d'insomnies de causes diverses, de céphalalgies, de névralgies congestives, d'hypocondrie, d'hystérie, etc.

Chez 4 malades le résultat de la médication a été nul ; chez 7 il a été partiel ; enfin, chez les 20 autres, le succès a été complet.

Massini l'administre une demi-heure après chaque repas, étendu dans une grande quantité d'eau sucré. Pour l'acide concentré à 25 0/0, la dose est de 10 gouttes ; pour l'acide dilué à 10 0/0 de 20 à 30 gouttes.

Jamais il ne survient de phénomènes accessoires désagréables. J. B.

On the treatment of the habitual abuse of morphia, par SHARKEY (*Lancet décembre* 1883).

Observation d'un homme de 50 ans, qui depuis 17 ans abuse des injections de morphine ; il lui est arrivé de prendre jusqu'à 32 grains de morphine en 24 heures. Ce n'est qu'en ces derniers temps qu'il a dû renoncer à ses affaires et qu'il a fallu le traiter sérieusement. Sharkey ne lui permit de voir personne, ses frères exceptés ; la morphine fut supprimée brusquement. Pendant deux ou trois jours, le malade fut dans un état de prostration considérable, n'ayant aucun repos, vomissant tout ce qu'il prenait, se plaignant de suffocation, de crampes. On lui donna du bromure d'ammonium, du chanvre indien ; mais ce qui réussit le mieux fut l'extrait de belladone. A partir du 4e jour le malade se nourrit et, en trois semaines, la santé fut rétablie. A. C.

On the pathology and treatment of some forms of headache, par Lauder BRUNTON (*St-Barth. hosp. Rep., XIX, p.* 329, 1883).

Le côté original de ce mémoire est d'avoir cherché à distinguer, suivant le siège et les allures cliniques de la céphalée, les causes qui lui donnent naissance.

D'après lui, la céphalée est le résultat tantôt d'une irritation locale, tantôt d'une influence générale.

Les causes locales les plus fréquentes sont les maux de dents et les anomalies de l'œil, bien qu'il faille tenir compte des affections du nez et de l'oreille ; les altérations dentaires provoquent la céphalée temporale ou occipitale quand les molaires sont affectées, la céphalée frontale quand ce sont les incisives.

Toutes les affections des yeux, fonctionnelles, inflammatoires ou dyscrasiques, donnent naissance à la céphalalgie ; elle est frontale quand les deux yeux sont intéressés ; quand il n'y a qu'un seul œil malade, la céphalée est hémicrânienne, comme dans la migraine.

Il s'ensuit que la première chose à faire pour diagnostiquer une cé-

phalée, c'est d'examiner avec soin les yeux, les oreilles et les fosses nasales.

Les données sont beaucoup moins nettes quand il s'agit de distinguer les céphalées symptomatiques d'états généraux. Leur physiologie pathologique est mal connue, mais leur nature se révèle souvent par les effets du traitement. Ainsi la céphalée frontale de la constipation cède aux purgatifs; la céphalée frontale sans constipation est justiciable de la médication acide; la céphalée du sommet de la tête est généralement amendée par les alcalins, ou par le fer, s'il s'agit d'une céphalée d'anémique. La céphalée rhumatismale cède à de petites doses d'iodure de potassium, tout comme la céphalée syphilitique; mais cette dernière exige l'emploi de doses beaucoup plus considérables. H. R.

Note sur un nouveau mode d'administration du phosphate de chaux, par SAMBUC (*Arch. de méd. nav.*, *n°* 8, 1883).

Les préparations improprement appelées chlorhydro-phosphate, lacto-phosphate, citro-phosphate de chaux, sont des mélanges de phosphate acide de chaux et de chlorure de calcium, ou de lactate, ou de citrate de chaux. Ces derniers sels sont inutiles, sinon dangereux.

Pour éviter tout inconvénient, Sambuc traite le phosphate de chaux par l'acide gummique, et obtient ainsi en dehors du phosphate de chaux soluble un gummate de chaux.

Les avantages de ce médicament seraient :

1° Acidité moindre que celle des préparations analogues ;

2° Exclusion des sels accessoires, inutiles ou dangereux ;

3° Présence de gomme régénérée, avec ses propriétés ordinaires.

Les résultats obtenus depuis six mois à l'hôpital de Toulon seraient des plus satisfaisants. C. Z.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

I. — Zur Lehre der Albuminurie, par Ottomar ROSENBACH (*Zeitschr. für klin. Med.*, *Bd. VI*, *p.* 240, 1883).

II. — Die Albuminurie im gesunden und kranken Zustande, par SENATOR (*Centralbl. für die med. Wissenschaft. n°* 25, 1882, *et Berlin. klin. Woch.*, *p.* 260 *et* 339, 1882).

III. — Recherches sur l'albuminurie physiologique, par A. DE LA CELLE DE CHATEAUBOURG (*Thèse de Paris*, 1883).

IV. — Ueber Albuminurie, par PENZOLDT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 20, *p.* 307, *mai* 1883).

V. — Albuminurie transitoire des saturnins, par SÉGUIN (*Thèse de Paris*, 1883).

VI. — Albuminurie nach Blutverlust, par QUINCKE (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *Bd. XXX*, *Heft.* 3 *et* 4, *p.* 398, 1882).

VII. — Ein Beitrag zur Lehre von der Albuminurie, par Carl SCHUCHARDT (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 618, *octobre* 1882).

VIII. — De l'albuminurie permanente du mal de Bright, par SEMMOLA (*Bull. de l'Acad. de médec.* 5 *juin* 1883).

IX. — An adress on renal adequacy (de l'insuffisance rénale fonctionnelle), par Andrew CLARK (*Brit. med. Journ.*, *p.* 345, *février* 1883).

X. — Clinical observations on albuminuria, based upon a study of sixty-two cases seen in private practice, par A. MEIGS (*Proceedings of college of physicians of Philadelphia*, *p.* 465, *octobre* 1882).

XI. — Ein Fall von Cystinurie, par EBSTEIN (*Deutsch. Arch. für klin. Medic.*, *Bd. XXX*, *Heft* 5 *et* 6, *p.* 894, 1882).

XII. — Ueber die pathologisch-anatomischen Bedingungen des urämischen Symptomen-Complexes bei Nephritiden, par HLAVA et THOMAYER (*Wien. medic. Jahrb.*, *Heft II*, *p.* 213, 1882).

XIII. — De la pathogénie des accidents urémiques, par Paul SNYERS (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, *t. XVI*, 1882).

XIV. — Ueber Urämie, par LEUBE (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 306, *mai* 1883).

XV. — Ueber Geistesstörung bei Urämie, par BRIEGER (*Ibid. p.* 274, *mai* 1881).

XVI. — Nierenkrankheiten und Psychosen, par L. WILLE (*Corresp.-Blatt für schweizer Aerzte*, *p.* 217, *mai* 1883).

XVII. — Die Hautperspiration beim gesunden Menschen und bei Nephritikern, par JANSSEN (*Deutsch. Arch. f. klin. Medic.*, *Bd. XXXIII*, *Heft* 3 *et* 4, *p.* 334, 1883).

XVIII. — Ueber die Untersuchung des Speichels von Nierenkranken (Examen de la salive chez les brightiques), par FLEISCHER (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 289, *mai* 1883).

XIX. — Om Erythema urœmicum, par Ragnar BRUZELIUS (*Nordiskt medicinskt Arkiv*, *XIII*, *n°* 24, 1881).

XX. — Occlusion of both ureters, death by syncope, par Vincent BELL (*The Lancet*, *décembre* 1883).

XXI. — Ein Fall von gleichzeitigen Verschluss beider Ureteren durch Nierensteine : Tod nach fünftägiger Anurie ohne urämische Erscheinungen, par H. HÄHNER (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 531, *septembre* 1881).

XXII. — Anuria in Folge von Verschluss des rechten Ureter durch ein Concrement bei vollständigem Mangel einer linken Niere, par H. SCHWENGERS (*Ibid.*, *p.* 81, *n°* 34, 1881).

XXIII. — Ueber Nierenhypertrophie : Nachtrag zu den vorstehenden Aufsatz, par Otto LEICHTENSTERN (*Ibid.*, *p.* 484 *et* 505).

XXIV. — Ueber compensatorische Hypertrophia in atrophischen Nieren, par KÜSTER (*Ibid. p.* 545, *août* 1882), *et* RIBBERT (*Ibid.*, *p.* 546).

XXV. — Zwei Fallen congenitalen Fehlens der rechten Niere, par GUTTMAN (*Ibid.*, *p.* 687, *novembre* 1882).

XXVI. — De la Chylurie, par FERRAND (*Union médic.*, *octobre* 1882).

I. — Rosenbach a étudié diverses formes d'albuminurie qu'il classe en trois groupes.

a) Albuminurie coïncidant avec des douleurs de tête chez des individus qui présentent constamment les signes d'une tension aortique élevée : L'albuminurie apparaît avec les crises céphalalgiques et disparaît avec elles ; elle est très vraisemblablement liée à une néphrite interstitielle, car on sait que parfois cette maladie ne donne pas lieu à une albuminurie continue. La crise peut être attribuée à un progrès de la maladie, à la céphalalgie qui augmenterait la pression artérielle, à une altération du liquide sanguin, etc. L'auteur discute ces diverses hypothèses et n'en adopte aucune.

b) Albuminurie intermittente de durée relativement longue chez les individus obèses qui ont une hypertrophie du cœur. — Dans cette seconde catégorie de malades, l'albuminurie dure plus longtemps, et disparaît par intervalles. Il semble qu'ici encore l'albuminurie soit symptomatique d'une néphrite interstitielle.

c) Cas d'albuminurie transitoire, paraissant fonctionnelle (*albuminurie hématogène de Bamberger*). Un certain nombre de ces malades ont de la rétention de pus et sont atteints d'une albuminurie passagère qui disparaît dès que le pus peut s'écouler. L'albuminurie indique ici un effort de la nature pour maintenir intact le mélange sanguin, elle est l'indice d'une altération du sang et non d'une altération rénale.

d) Cas d'albuminurie, sans augmentation de la quantité d'urine chez des individus jeunes, atteints d'affections gastriques. — On ne saurait admettre ici ni l'existence d'urémie, ni une altération du sang par le fait du trouble apporté aux digestions, il est probable que l'altération sanguine est le fait initial et qu'elle tient sous sa dépendance les troubles digestifs et l'albuminurie. M. DEBOVE.

II. — Senator a pu, comme d'autres observateurs, constater plusieurs fois, au moyen de réactifs très sensibles, la présence de l'albumine dans l'urine de sujets sains. Toutefois ce principe se rencontre dans l'urine normale en proportion trop minime pour qu'on puisse en général en démontrer la présence dans l'urine ou après la mort, dans le rein, par le procédé de la coction.

L'ébullition, avec les précautions requises, ne peut faire reconnaître que les modifications coagulables de l'albumine (albumine du sérum et globuline). La globuline, précipitable par le sulfate de magnésie, paraît exister seule dans certains cas.

Pour la peptone et les corps désignés sous le nom d'hémi-albuminose ou propeptone, il faut avoir recours à l'emploi de l'acide acétique et du ferrocyanure de potassium ou de l'acide métaphosphorique.

Les conditions dans lesquelles la quantité d'albumine excrétée normalement augmente au point de devenir apparente peuvent se ramener à trois principales :

1° *Modifications de la circulation rénale.* L'accroissement de la pression sanguine fait baisser la proportion relative d'albumine, mais comme la masse de liquide excrété augmente, la quantité absolue peut augmenter. Si, avec l'accroissement de pression, se rencontrent des conditions qui diminuent la proportion d'eau éliminée, la présence de l'albumine se constate plus facilement ; c'est ce qui arrive à la suite de l'échauffement artificiel du corps ou d'un travail musculaire énergique.

Dans la stase veineuse expérimentale, l'élévation de pression dans les

veines de la substance médullaire paraît être le phénomène primitif et jouer le plus grand rôle dans la production de l'albuminurie. Dans le cas de ligature des uretères, il y a d'abord œdème du rein, puis albuminurie, laquelle dépend en partie sans doute de la diminution de transsudation de liquide, consécutive à la contrepression qui s'exerce dans les uretères.

Quant à la stase rénale, telle qu'on l'observe en clinique, elle ne peut être comparée à la sténose veineuse expérimentale, car elle se produit avec un cœur débilité, et par là elle se rapproche de la stase rénale consécutive à la compression artérielle.

2° *Dégénérescence des epithéliums du rein*. L'épithélium rénal forme une barrière qui s'oppose au passage de l'albumine ; quand la digue est rompue, l'albumine transsude, quelle que soit d'ailleurs la nature de la dégénérescence (empoisonnement phosphoré, anémies graves, altération parenchymateuse des fièvres, nécrose de coagulation dans l'empoisonnement par les préparations chromées ou la cantharidine). Ces remarques s'appliquent à l'épithélium glomérulaire aussi bien qu'à celui des canalicules.

3° *Modifications de la constitution du sang*. Plus le sang renferme d'albumine, plus le liquide excrété en doit contenir, toutes choses étant égales d'ailleurs. De même l'expérience indique que plus le sang est riche en sels ou en urée, plus la proportion d'albumine excrétée doit être considérable. Il est probable, d'ailleurs, que la présence de matières albumineuses étrangères (albumine d'œuf, par exemple), dans le sang, exerce une action nuisible spéciale sur le rein.

III. — L'albuminurie, chez les gens sains, est extrêmement fréquente. Sur 700 examens d'urine, 592 fois M. de la Celle a trouvé de l'albumine en quantité notable (17 fois plus de 30 centigrammes par litre — 152 fois de 12 à 25 centigrammes — 195 fois de 5 à 8 centigrammes, 77 fois de 1 à 5 centigrammes).

Cette albuminurie physiologique est essentiellement variable et se modifie du jour au lendemain.

Les conditions de ces variations sont :

1° La *fatigue physique*. Sur des soldats venant de faire une marche longue, on trouve l'albuminurie 87 fois sur 100, tandis que les mêmes hommes, reposés, n'en fournissent que 76 cas 0/0. De plus, la quantité d'albumine s'accroît parallèlement, car on en trouve 66 0/0 qui ont plus de 3 centigrammes par litre, alors qu'il n'y en a que 53 0/0 dans les conditions de repos.

2° Le *travail cérébral*. Sur 50 jeunes gens travaillant beaucoup, 46 ont de l'albumine (soit 92 0/0), et 41 ont plus de 3 centigrammes par litre.

3° La *digestion* a une influence médiocre, quand les repas sont peu copieux et que les sujets ne sont pas fatigués ; dans les conditions contraires, elle a une importance considérable.

4° Les *bains froids* en amenant une congestion rénale, favorisent l'apparition de l'albuminurie. Sur 53 soldats à jeun, sortant de bains froids, l'auteur n'a pas vu manquer une seule fois l'albumine, et parmi eux 48 (soit 90 0/0) en ont plus de 3 centigrammes par litre.

Enfin l'*orgasme génital* et la *menstruation* ont une influence incontestable sur l'albumine des gens sains.

Les enfants se comportent de même : l'albuminurie est chez eux très fréquente, seulement la quantité d'albumine excrétée est minime, sauf quand ils sont fatigués. H. R.

IV. — Penzoldt a recherché, par des expériences sur des chiens, les substances capables de provoquer l'albuminurie.

L'alcool méthylique, administré à la dose quotidienne de 25 à 30 centimètres cubes, amène au bout de 3 ou 4 mois de l'albuminurie d'abord, puis de la néphrite.

L'alcool amylique, administré pendant 3 ou 4 semaines, à la dose de 200 centimètres cubes, a fait périr un chien de néphrite.

L'acide sclérotinique a donné le même résultat.

Le poivre et le raifort ont toujours déterminé une albuminurie transitoire.

La moutarde anglaise s'est montrée assez inoffensive.

Le thé a déterminé une albuminurie manifeste.

Le sucre, également; 1,400 grammes de sucre ingérés par un chien dans le cours d'un mois, l'ont tué.

L'albuminurie du chien peut être diminuée par la privation de nourriture et par l'alimentation au pain.

Le tanin n'a produit aucune amélioration de l'albuminurie, mais bien les acétates de soude et de potasse donnés à petites doses.

En revanche, l'acétate de potasse à hautes doses, de même que la pilocarpine et la digitale, ont considérablement accru l'excrétion d'albumine.

Penzoldt conclut qu'il ressort de ces expériences qu'un certain nombre des substances ci-dessus ne doivent être données aux albuminuriques ni comme aliments, ni comme médicaments. J. B.

V. — L'auteur étudie les albuminuries qui, chez les saturnins, sont transitoires et se voient parfois sous l'influence d'une crise aiguë douloureuse, d'une fatigue, et aussi celles qui sont symptomatiques d'une néphrite interstitielle commençante. L'urine, dans ce dernier cas, peut n'être pas nécessairement albumineuse, et l'albuminurie, bien que liée à des lésions viscérales, n'est pas toujours permanente. H. R.

VI. — Un homme de 33 ans qui ressentait depuis quinze jours de violentes douleurs en arrière du sternum fut pris, le 25 avril 1876, d'une gastrorragie subite. On l'emporta à l'hôpital, où les vomissements de sang se répétèrent à plusieurs reprises. On diagnostiqua un ulcère rond de l'estomac.

Dans la nuit le malade rendit du sang par les garde-robes à deux reprises. Puis, à la suite d'une quinte de toux, il vomit 300 à 400 centimètres cubes de sang liquide, perdit connaissance et succomba. Dans les premières heures de son court séjour à l'hôpital, le malade n'émit pas d'urine; c'est seulement quelques heures avant sa mort qu'il en rendit une petite quantité, trouble, foncée, fortement albumineuse. L'examen microscopique y décela la présence de cylindres longs et larges, la plupart rectilignes, hyalins, ou avec des granulations très fines (urates parsemés çà et là de cellules arrondies). A l'autopsie on constata que l'hémorragie avait pour cause un anévrisme de l'aorte descendante ouvert dans l'œsophage. L'estomac contenait encore une abondante quantité de sang coagulé. Tous les organes étaient exsangues, les reins en particulier, qui, à l'examen microscopique, présentaient un aspect absolument normal.

Il n'y a pas à douter, dit Quincke, que dans ce cas l'albuminurie ne se soit développée sous l'influence des hémorragies profuses; 18 heures avant sa mort, cet homme était robuste, vigoureux, et, à son autopsie, les reins, comme il vient d'être dit, furent trouvés dans un état parfaitement normal. Depuis que Fischl a signalé le développement de l'albuminurie sous l'influence du collapsus ou des hémorragies, Quincke n'hésite pas à faire entrer ce cas dans cette catégorie de faits. Il est disposé à se rallier à la théorie de Fischl, qui rattache cette variété d'albuminurie à l'abaissement de la pression intra-vasculaire déterminée par le collapsus et les hémorragies profuses. Mais cet abaissement de la tension vasculaire peut retentir sur le rein de façons diverses; l'albuminurie peut être causée par le ralentissement de la circulation et les troubles nutritifs qui en résultent pour l'épithélium rénal. En second lieu, l'abaissement subit de la pression peut provoquer l'albuminurie par les troubles d'osmose qu'il entraîne. E. R.

VII. — Schuchardt publie le fait suivant qui, d'après lui, éclaire certains points de la pathogénie de l'albuminurie :

Une femme de 48 ans se présente avec une anasarque universelle s'étant développée progressivement depuis un an : symptômes rationnels d'une maladie du cœur, y compris un souffle systolique. Urines normales, acides, de densité 1020. Huit jours avant la mort, suppression presque complète des urines, qui deviennent rouges, denses et albumineuses.

A l'autopsie, atrophie excessive du rein droit, qui ne pèse que 5 grammes; le rein gauche pèse 42 grammes. Cœur gauche hypertrophié et dilaté. Endartérite généralisée. Hydropisies multiples.

A l'examen microscopique des reins, l'appareil sécréteur a presque entièrement disparu, remplacé par du tissu de cicatrice. Les glomérules sont détruits, et quelques tubes droits survivants sont remplis de cylindres.

En somme, un septième à peine du parenchyme rénal a suffi pour fonctionner et sécréter une urine normale. La destruction du reste du rein a eu pour conséquence la formation des hydropisies. Ce fait est en opposition avec les idées de Senator sur la pathogénie de l'albuminurie et favorable en revanche à celles d'Heidenhain, qui fait dépendre l'albuminurie uniquement de l'état de l'épithélium glomérulaire. H. R.

VIII. — Semmola regarde l'albuminurie comme initialement produite par un défaut de combustion des albuminoïdes du sang, qui deviennent exubérants (c'est la théorie de la superalbuminose professée depuis 15 ans par Gubler). Pour lui, l'altération de l'épithélium rénal n'est pas indispensable : l'albuminurie brightique est avant tout hématogène. Il se fonde sur les considérations suivantes : les albuminoïdes du sang ont une diffusibilité variable; plus ils sont diffusibles, moins ils sont assimilables; or c'est le cas dans la maladie de Bright, où les albuminoïdes du sang sont très diffusibles. Cette diffusibilité exagérée tient à des conditions moléculaires mal connues, qui paraissent dériver d'un mauvais fonctionnement de la peau (animaux vernissés devenant albuminuriques).

Voici donc quelles seraient, d'après Semmola, les étapes du processus brightique : première phase : action du froid humide sur la peau, diminution des fonctions cutanées. Comme conséquence, altération des albuminoïdes du sang, qui deviennent diffusibles et peu assimilables, et qui jouent le rôle de corps étrangers (hétéralbuminémie); finalement, issue

des albuminoïdes par tous les émonctoires, et en première ligne par le rein.

Reste à démontrer pourquoi les albuminoïdes ainsi altérés sont capables de détériorer le filtre rénal, et de produire des désordres analogues à ceux de la néphrite brightique. Semmola, pour résoudre la question, injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'albumine d'œuf; il voit se produire les lésions les plus nettes de la néphrite diffuse. Par comparaison, il injecte ensuite des albuminoïdes moins hétérogènes, tels que le jaune d'œuf, le sérum du sang, la peptone, le lait, etc.; il voit que plus leur constitution se rapproche de l'albumine du sang normal, plus ils sont tolérés par l'organisme. En pareil cas, le rein n'est pas altéré.

Ces expériences s'enchaînent logiquement, et tendent à faire admettre la nature dyscrasique de l'albuminurie brightique. H. R.

IX. — Sous ce titre, Clark désigne un état mal déterminé du rein, en vertu duquel, sans altération structurale appréciable, cet organe serait incapable de fournir une urine parfaitement normale. Elle est d'une densité faible et pauvre en sels, surtout en urée. Cet état n'est pas, probablement, un stade initial de la maladie de Bright, et rien ne prouve qu'il doive y aboutir plus tard; mais, tout en ne constituant pas un état morbide défini, il ne laisse pas d'être préjudiciable à ceux qui en sont atteints.

Les sujets de cette catégorie se caractérisent :

1° Par leur peu de résistance aux traumatismes et la difficulté avec laquelle ils réparent leurs tissus, qu'il s'agisse de guérir une plaie ou de résorber un exsudat pneumonique;

2° Par leur vulnérabilité singulière aux agents extérieurs, ce qui les expose à des rhumes incessants, à des pneumonies, pleurésies, etc. :

3° Enfin par la tendance qu'ont leurs tissus à saigner; aussi beaucoup de ces personnes ont des complications hémorragiques graves, soit spontanément, soit à la suite d'opérations chirurgicales. C'est chez elles que se recrutent de préférence les accidents de pyohémie. H. R.

X. — La communication de Meigs porte sur la valeur pronostique de l'albuminurie. Il résulte des faits par lui signalés que l'on doit se garder de porter un pronostic trop sombre en face d'une albuminurie persistante et même d'un mal de Bright. L'auteur rapporte des cas où la guérison survint absolument au bout de 2 ou 3 ans d'albuminurie; chez d'autres, ce symptôme se montra pendant plus de 9 ans sans troubler gravement la santé.

Par contre, la dyspnée dite urémique est un accident très fréquent de ces albuminuries chroniques, ainsi qu'une variété de coryza, qui, par sa répétition et son intensité, a une valeur diagnostique réelle.

Les vieillards sont très sujets à l'albuminurie, qui joue un grand rôle comme complication des maladies intercurrentes. Chez les adultes, elle se relie presque toujours à la gravelle, ou à l'abus de l'alcool.

Quant à la présence des cylindres hyalins ou épithéliaux, ils sont fréquemment associés à l'albuminurie, comme ils peuvent manquer, même dans des cas de maladie de Bright bien avérés. H. R.

XI. — Homme de 40 ans, ayant eu la syphilis et ayant rendu un calcul. Jamais de douleurs de reins.

En 1880, le malade retourne en Europe pour cause de santé. Il était sujet

à de violents maux de tête qui furent attribués à des congestions céphaliques, ce qui valut au patient d'aller faire une saison à Kissingen. Cette cure procura du soulagement au malade qui n'en vint pas moins consulter le professeur Ebstein dans les premiers jours d'août. Il fut reconnu que la céphalalgie était le fait de périostoses des os du crâne, que de plus l'urine du malade renfermait un sédiment grisâtre. Sous le microscope ce sédiment était constitué par des tablettes à six faces qui contenaient une grande quantité de soufre. Il n'y avait plus dès lors à douter qu'il s'agissait d'un cas de *cystinurie*. Le patient fut soumis à un traitement antisyphilitique (frictions mercurielles) durant lequel le poids corporel augmenta de six livres et sa santé se rétablit complètement.

Pendant la durée du traitement, l'urine du malade fut observée avec le plus grand soin. A deux reprises on nota que la quantité de cystine rendue de 8 heures du matin à 8 heures du soir était plus considérable que celle rendue de 8 heures du soir à 8 heures du matin. Deux fois l'élimination de la cystine augmenta du triple après que le malade eut mangé d'un plat de lentilles. Il est à noter encore que sous l'influence du traitement mercuriel la cystinurie se dissipa presque complètement. Un tableau annexé à l'observation de ce malade résume d'ailleurs les particularités que présenta son urine pendant la durée des analyses.

C'est le 5e cas de cystinurie qu'Ebstein a eu l'occasion d'observer dans un laps de temps relativement court. Un élève d'Ebstein, M. Neumann, en a réuni 52 cas auxquels on peut aujouter aujourd'hui 9 autres, ce qui donne 61 cas d'un trouble des fonctions urinaires qui n'a jusqu'ici que fort peu attiré l'attention des observateurs. E. R.

XII. — Pour savoir quelles sont les lésions qui donnent naissance à l'urémie, les auteurs ont examiné les reins de 22 sujets atteints de néphrites et sur lesquels 12 avaient offert des manifestations urémiques.

Voici les résultats de leurs recherches :

Les altérations des épithéliums des tubuli n'atteignaient que dans quatre cas d'urémie un degré très avancé. Cinq fois elles existaient sans urémie, et quatre fois elles restaient très légères, tandis que les symptômes urémiques se faisaient remarquer par leur intensité. Elles n'ont donc pas une importance capitale dans la genèse des accidents.

Les glomérules de Malpighi, très souvent atrophiés et oblitérés, jouent assurément un rôle important; cependant ils étaient sains dans trois cas d'urémie très manifeste, et dans trois cas où l'urémie faisait défaut on les trouvait gravement altérés.

On ne peut davantage incriminer les vaisseaux dont les lésions ne paraissent pas avoir de relation directe avec les symptômes urémiques.

Mais il y a une altération qui a été trouvée constante : c'est l'envahissement du parenchyme rénal par les éléments embryonnaires. Il a fait défaut dans tous les cas où l'urémie a manqué, tandis qu'il s'est montré toujours dans les conditions inverses. Cela est aussi vrai pour les néphrites chroniques que pour les aiguës.

C'est donc l'infiltration cellulaire qui paraît avoir exercé la plus décisive influence dans la production de l'urémie : conclusion assurément inattendue et fort discutable. L. GALLIARD.

XIII. — L'auteur rend des chiens urémiques en leur liant les uretères. Le sang de ces animaux a été analysé avec soin; les sels de potasse et d'ammoniaque ont été dosés, et la pression sanguine a été prise dans

quelques expériences. Snyers a analysé aussi le sang de deux femmes éclamptiques. L'auteur ne croit pas pouvoir formuler une conclusion positive sur la pathogénie de l'urémie ; il adopte provisoirement la théorie de Schottin d'après laquelle les phénomènes de l'urémie ne sont pas dus à l'action de l'urée, mais à l'accumulation dans le sang des matières extractives, telles que la créatine, la créatinine, la leucine, la tyrosine, etc., matières destinées à devenir de l'urée, mais qui s'arrêtent prématurément dans leurs métamorphoses. F. H.

XIV. — Leube est partisan de la doctrine pathogénique qui cherche la cause de l'urémie dans une disproportion entre la production et l'élimination de l'urée ; il en distingue deux formes :

L'urémie aiguë qu'il traite par les diaphorétiques (enveloppement dans des couvertures de laine, pilocarpine) et les excitants (injections sous-cutanées, de camphre, d'éther) contre l'affaiblissement cardiaque.

Les inhalations de chloroforme, malgré la contradiction apparente, sont très utiles ici parce qu'elles activent le mouvement de nutrition.

Dans la forme chronique de l'urémie, Leube recourt à la digitale.

J. B.

XV. — Brieger a observé un exemple de troubles psychiques singuliers liés à l'urémie :

Homme de 54 ans, atteint de néphrite chronique. Un jour, il s'affaisse sans connaissance et est pris de convulsions violentes et généralisées durant un quart d'heure ; en même temps, l'écume lui sort de la bouche, les pupilles inégales réagissent à peine à la lumière et le malade est complètement insensible aux excitations.

Après l'attaque convulsive, coma profond avec respiration stertoreuse et intermittente, qui se prolonge le reste du jour et la nuit suivante.

Le lendemain matin, l'insensibilité persiste, mais le malade répète sans se lasser, pendant plusieurs heures, à demi-voix, une phrase toujours la même.

L'urine recueillie par la sonde se coagule en masse.

Dans le cours de la journée, gaîté exubérante ; paroles incohérentes ; hallucinations. Cet état qui rappelle le delirium tremens continue dix-huit heures.

Peu à peu la conscience reparaît, mais le souvenir des actes commis pendant l'accès fait entièrement défaut. L'urine renferme encore beaucoup d'albumine.

Dans les quatre jours suivants, le malade essaye de répondre aux questions, mais il le fait mal et uniquement par monosyllabes. De plus certains mots lui manquent et il est absolument incapable des calculs les plus simples.

Au bout de quinze jours, l'état mental est redevenu parfaitement normal en même temps que l'albuminurie a considérablement diminué.

Brieger explique l'aphasie amnésique de son patient par des hémorragies capillaires causées par l'urémie. J. B.

XVI. — Les deux faits de psychoses urémiques rapportés par Wille sont sujets à discussion et ne nous semblent devoir être acceptés qu'avec réserve.

Le premier concerne un individu de 42 ans, albuminurique, présentant des alternatives d'excitation et de stupeur, avec hallucinations auditives, délire de persécution, illusions du toucher et de la sensibilité générale. On est obligé de le confiner dans une maison de santé où il meurt dans le coma, après des accidents convulsifs.

L'autopsie révèle une néphrite chronique interstitielle, un cœur hypertrophié, de nombreux foyers d'hémorragie cérébrale de date ancienne et

récente. Ces dernières lésions expliquent suffisamment les désordres psychiques, sans qu'il soit besoin d'invoquer l'urémie.

Le second fait est l'histoire d'un cardiaque, albuminurique, entaché d'alcoolisme depuis longues années. Les hallucinations et le délire de persécution qu'il présentait s'accompagnaient de tremblement. Il est probable que l'alcoolisme, bien plus que l'urémie, était en cause. H. R.

XVII. — Janssen enveloppe un membre d'une sorte de caisse en zinc à doubles parois. Dans l'intervalle des deux parois, il fait circuler un courant d'eau chaude, de façon à maintenir constante la température de l'air, mis au contact du membre en expérience. L'air aspiré pénètre en quantité connue dans l'intérieur du manchon, puis il se dépouille de l'eau et de l'acide carbonique dont il s'est chargé dans des flacons laveurs. On obtient ainsi pour les quantités d'eau et d'acide carbonique dus à la perspiration cutanée des chiffres d'un certain intérêt.

La première partie du mémoire est consacrée à l'expérimentation du procédé sur l'homme sain. Nous y renvoyons le lecteur.

Chez les malades atteints de néphrite, la déperdition d'eau par la peau est considérable, sans qu'on puisse établir de règle fixe. Les parties œdématiées semblent en fournir plus que les autres.

Dans la néphrite aiguë et peut-être dans la néphrite interstitielle rétractée, il y a diminution de la perspiration aqueuse.

Pour le gros rein blanc, les conditions sont inverses, bien que cependant il y ait des variations individuelles très étendues.

Rien de caractéristique dans les néphrites pour ce qui est de l'acide carbonique perspiré. A. MATHIEU.

XVIII. — Au moyen de l'alcool méthylique, Fleischer a recherché l'urée dans la salive des individus atteints de néphrite. Il y a réussi 38 fois sur 45 cas de néphrite de formes diverses. Les plus grandes quantités d'urée éliminée par la salive n'ont pas d'ailleurs dépassé 0 gr. 30 à 0,40 centig. par jour. J. B.

XIX. — Bruzelius a eu trois fois l'occasion d'observer dans le cours de la néphrite chronique une complication cutanée à laquelle il donne le nom d'érythème urémique et qui diffère de toutes les éruptions signalées antérieurement dans cette maladie.

Caractérisé par des taches de la grosseur d'une lentille ou même plus grandes, d'un rouge clair, disparaissant à la pression, cet érythème débute ordinairement par les poignets, s'étend peu à peu de façon à envahir parfois tout le corps, mais en étant toujours plus prononcé du côté de l'extension. A cette période de la maladie, les plaques se rejoignent, prennent alors une teinte rouge vif, se recouvrent parfois de petites papules laissant sourdre un peu de sérosité sanguinolente. Cette éruption apparaît en général chez des gens ne présentant pas d'hydropisie ou à peine ; sa gravité est extrême. Elle ne doit pas être confondue avec les éruptions érythémateuses et érysipélateuses que l'on constate parfois chez les malades hydropiques. C. GIRAUDEAU.

XX. — Un homme de 49 ans, sujet aux coliques néphrétiques, envoya chercher l'auteur le vendredi 26 octobre 1882, se plaignant de n'avoir pas uriné depuis la veille au matin. Il déclarait qu'un calcul avait dû s'engager dans l'uretère droit le mercredi, et un autre dans l'uretère gauche le jeudi. La vessie était vide. Le lendemain, le malade se plaignit de légères douleurs

dans les reins ; il n'avait toujours pas rendu d'urine, et une sonde introduite dans la vessie ne ramena rien. On prescrivit des sudorifiques et des bains chauds. Le lundi 29 l'anurie persistait et le malade, qui avait beaucoup transpiré, exhalait une odeur urineuse. Le 31 octobre, l'abattement était moins grand, bien que les symptômes eussent persisté ; le malade déclara qu'il était sûr que le calcul de l'uretère gauche avait continué sa marche dans l'uretère et ne tarderait pas à tomber dans la vessie. Mais vers le soir, tandis qu'il causait tranquillement avec un de ses amis, il fut pris tout à coup d'une sensation de défaillance, et mourut subitement sans qu'on eût eu le temps de le secourir. A l'autopsie, qui ne put être faite que partiellement, on trouva les deux reins très tuméfiés, congestionnés et friables, les bassinets remplis par des calculs de diverses grosseurs et les uretères obstrués, le droit à deux centimètres au-dessus de la vessie, le gauche à moins d'un centimètre de ce réservoir. Il semblait que ce dernier calcul fût sur le point d'achever sa descente et très probablement, sans la syncope fatale, quelques heures auraient suffi pour que le passage redevînt perméable et pour que l'émonctoire urinaire fût rétabli, ce qui aurait probablement sauvé le malade.

H. BARTH.

XXI. — Un homme de 51 ans, à la suite d'une marche fatigante, urine un peu de sang. Deux jours après éclatent les symptômes d'une colique néphrétique violente, avec douleur épigastrique et hypogastrique, vomiturations, besoins d'uriner répétés. 48 heures plus tard, l'urine se supprime. Les tentatives de cathétérisme échouent et ne ramènent que des caillots de sang.

A partir de ce moment, accidents urémiques qui se succèdent dans l'ordre suivant :

Le 26 octobre, subdelirium faisant place le lendemain à de la somnolence. Diarrhée et sueurs. Le 29, tendance aux lipothymies, intermittence du pouls. Agitation. Dans la nuit, insomnie et délire. Finalement dyspnée et collapsus cardiaque. Une ponction du rein, faite *in extremis*, ramène 100 grammes d'urine et ne soulage pas sérieusement le malade. La mort survient le 30, cinq jours après le début de l'anurie.

A l'autopsie, rein droit énorme, gros comme une tête d'adulte, distendu par l'hydronéphrose, et rempli de graviers et de calculs. A son origine, l'uretère est complètement oblitéré par 7 calculs gros comme des lentilles, agglomérés par du sable. La muqueuse, à leur niveau, commence à s'ulcérer. Le bassinet, les calices, l'uretère, le rein gauche offrent la répétition exacte des lésions signalées à droite. L'uretère gauche est en un point symétrique obstrué par 12 calculs plongés dans du sable urique.

H. R.

XXII.— Homme de 57 ans, extrêmement obèse ; de vie très régulière et sédentaire, aucune maladie antérieure, mais il est obligé d'uriner dès qu'il a bu.

Il y a 4 ans, le malade a eu une première attaque d'anurie avec douleurs en tout semblables aux accidents actuels.

Les douleurs occupant le côté droit du ventre, partent des fausses côtes et irradient dans la fosse iliaque. Dans les 8 jours suivants les douleurs diminuent et il survient deux ou trois vomissements : la soif est vive, malgré l'apyrexie; sécheresse de la peau et des muqueuses; haleine urineuse ; perte de plus en plus grande des forces, sans céphalalgie, ni troubles visuels.

La vessie ne renferme pas d'urine.

Schwengers diagnostique une anurie par obstruction subite de l'uretère droit, le rein gauche ne fonctionnant vraisemblablement pas déjà antérieurement.

Leichtenstern, appelé en consultation, prescrivit une médication diaphorétique énergique : bain chaud de demi-heure suivi d'enveloppement dans des couvertures de laine et d'une injection de pilocarpine.

Le résultat premier du traitement fut une sécrétion profuse de sueurs et de salive.

Mais une heure et demie après l'injection de pilocarpine, apparut le coma urémique avec respiration stertoreuse, pupilles contractées et insensibles. La sueur contenait davantage d'urée que la salive.

Le pouls devint de plus en plus petit ; la respiration irrégulière et intermittente.

Mort par œdème pulmonaire, au milieu de sueurs toujours profuses et sans que le malade ait repris connaissance, le 9e jour du début des accidents, 24 heures après le bain.

Schwengers voit dans ce fait une confirmation de la théorie de Bartels sur la pathogénie de l'urémie. Les deux conditions indispensables à sa production : concentration de l'urine et anémie cérébrale, se sont trouvées réalisées sous l'influence de la turgescence de la peau et des glandes salivaires déterminée par la médication.

A l'autopsie, la vessie contenait une certaine quantité d'urine laiteuse, ammoniacale, renfermant une proportion d'urée de 3 gr., 87.

Le rein et la capsule surrénale gauches sont absents, et la vessie n'offre aucune trace d'abouchement de l'uretère gauche.

L'uretère droit qui a des dimensions et des parois normales est affaissé : à 20 centimètres au-dessous du hile son calibre est complètement obturé par un calcul fusiforme jaune ocré, rugueux, long de 9 millimètres et formé d'acide urique.

Le bassinet n'est pas dilaté. Le rein droit considérablement augmenté de volume pèse 440 grammes ; 3 des calices renferment de petites concrétions ocrées.

Dans sa monographie, Beumer (*Virchow's Archiv*, t. 72, 1878) a réuni 48 cas d'absence de l'un des reins ; 44 fois il ne subsistait aucun vestige de l'organe manquant. La capsule surrénale correspondante existait le plus souvent. Dans la majorité des cas, l'uretère faisait aussi complètement défaut ; quand il en restait quelque trace, c'était l'extrémité vésicale.

Le rein droit est aussi souvent absent que le gauche, mais l'anomalie rénale est deux fois plus commune chez l'homme que chez la femme.

En même temps, il y a fréquemment des arrêts de développement de l'appareil sexuel du même côté. Ces anomalies génitales sont plus communes et plus considérables chez la femme.

26 fois le rein unique était sain ; 10 fois il contenait des calculs. Toujours il était anormalement volumineux.

5 fois la mort est survenue par urémie tenant à l'obstruction calculeuse de l'uretère.

XXIII. — Dans un fait d'absence congénitale de l'un des reins, Beumer a trouvé que l'augmentation compensatrice de volume de l'autre rein dépendait uniquement d'une hyperplasie, c'est-à-dire d'une simple multiplication du nombre des éléments du parenchyme rénal.

Au contraire, Perl (*Virchow's Archiv*, t. 56, 1872) faisant porter ses recherches sur des cas d'hydronéphrose et Eppinger, dans ses expériences, ont constaté que le volume insolite du rein, seul en état de fonctionner, tenait à une véritable hypertrophie portant tantôt sur les tubes flexueux

et sur leur épithélium, tantôt sur l'appareil vasculaire et les glomérules, tantôt sur les deux simultanément.

Comme dans l'observation de Schwengers, il s'agissait d'une absence congénitale, Leichtenstern pensait avoir affaire à une hyperplasie de l'autre rein.

Mais les mensurations micrométriques lui ont bientôt montré qu'il y avait une réelle augmentation de volume des éléments rénaux.

Mais il y avait, en outre, multiplication du nombre des éléments, car ce rein présentait plus du double du volume normal. Or, en l'absence de tout accroissement du tissu interstitiel pour qu'il eût hypertrophie pure, il eût fallu que tubes urinifères et glomérules eussent doublé de dimensions, ce qui n'était pas le cas.

Comment expliquer que dans certains cas d'absence congénitale d'un rein, l'autre augmente de volume tantôt uniquement par hyperplasie, comme l'a vu Beumer, tantôt en même temps par hypertrophie comme dans le fait présent. Voici d'après Leichtenstern la réponse la plus plausible.

Lorsqu'un seul des reins se développe, si l'hyperplasie de l'autre est suffisante, tout se borne là. Si, au contraire, cette hyperplasie est insuffisante, incomplète, c'est-à-dire si le rein unique ne renferme pas à lui seul autant d'éléments que deux reins normaux, à mesure que l'activité rénale s'accroît dans la vie extra-utérine, les éléments s'hypertrophient en raison de leur surcroît de fonctionnement.

XXIV. — Dans presque tous les cas d'atrophie granuleuse des reins, il existe plus ou moins nettement des hypertrophies compensatrices, analogues à celles qu'on note après l'extirpation d'un de ces organes.

Ce sont même ces hypertrophies qui sont, parfois, la cause principale de l'aspect granuleux du rein.

Toujours elles se montrent sous forme d'îlots dans la substance corticale, plus souvent dans les portions périphériques que dans les centrales.

Généralement, il s'agit de l'augmentation de volume d'un ensemble de tubes flexueux groupés autour d'un glomérule.

Bien entendu, il ne faut pas confondre ces hypertrophies avec les dilatations de tout un système de tubes urinifères, si habituelles aussi dans l'atrophie rénale. Comme ces dilatations tiennent à la stagnation de l'urine, l'épithélium des tubes est aplati contre leurs parois. Au contraire, dans les tubes hypertrophiés, l'épithélium est très gonflé et leur calibre, bien qu'agrandi habituellement, est pourtant bien moindre que celui des tubes dilatés passivement.

Il est difficile de dire si en outre du grossissement des épithéliums, il y a aussi néoformation, hyperplasie de ces épithéliums ; Kœster est disposé à le croire.

Les glomérules correspondant à un groupe de tubes urinifères ainsi hypertrophiés ne présentent pas d'augmentation de volume ; leur capsule n'est pas épaissie. Dans le tissu conjonctif interstitiel qui entoure les canalicules hypertrophiés, il n'y a ni hypertrophie, ni prolifération des noyaux, ou du moins elles sont moins considérables que dans le reste de la substance corticale.

A l'occasion de la communication de Kœster, Ribbert rapporte un cas d'hy-

pertrophie compensatrice partielle de l'épithélium des tubes urinifères, dans une néphrite interstitielle d'un mort-né syphilitique.

Les reins étaient très gros et lisses à leur surface. Sur les coupes, la substance corticale montrait des stries grisâtres, rayonnantes, se confondant insensiblement sur les côtés avec le parenchyme normal.

Ces stries commençaient à la périphérie de l'organe et s'étendaient généralement presque à la limite de la substance médullaire. Le microscope fit voir qu'il s'agissait d'une néphrite interstitielle avec atrophie des glomérules. En dehors des stries, le parenchyme rénal était sain.

Au milieu des segments atteints d'inflammation, les tubes urinifères avaient complètement disparu. En revanche, les tubes les plus voisins des districts enflammés offraient une hypertrophie compensatrice de leur épithélium. Mais l'augmentation de volume des épithéliums n'était pas universelle. De distance en distance, la face interne de ces tubes avait, en effet, un revêtement épithélial de dimensions normales.

La plupart des tubes hypertrophiés se trouvaient immédiatement au-dessous de la périphérie du rein.

Ribbert insiste sur deux particularités de cette observation : 1° l'existence d'une hypertrophie limitée de l'épithélium des tubes ; 2° la relation intime entre cette hypertrophie et les points malades ; la compensation ne s'était développée qu'au voisinage immédiat de ceux-ci, tandis que les régions intermédiaires de la substance corticale étaient demeurées absolument normales.

XXV. — Guttmann montre les pièces anatomiques relatives à deux cas d'absence congénitale du rein droit, observés l'un chez un garçon de 15 ans, l'autre chez une fille de 20 ans. Chez tous deux, mais surtout chez la fille, il existait en outre des malformations des organes génitaux.

Chez le garçon, l'augmentation de volume considérable du rein gauche tenait à la fois à une hypertrophie et à une hyperplasie des éléments de l'organe ; notamment l'hypertrophie compensatrice des glomérules était très nette.

Chez la fille, au contraire, le rein unique était peu augmenté de volume et normal sous le microscope.

Guttmann ajoute que dans un cas de destruction complète du rein droit par hydronéphrose, il a constaté dans l'autre rein un certain degré d'hypertrophie des glomérules.

J. B.

XXVI. — L..., âgé de 16 ans, nègre originaire de Zanzibar, fut pris le 15 avril 1881 d'accidents qui, depuis, ont persisté, consistant en coliques et diarrhée plus ou moins mêlée de sang ; en même temps il s'aperçut qu'il urinait du sang.

Au premier examen les urines ont l'aspect de lait légèrement sali. Bien que toujours lactescentes, elles ne sont pas constamment identiques à elles-mêmes ; les urines de la seconde moitié de la nuit sont plus ou moins sanguinolentes ; contiennent même des caillots rassemblés au fond du vase ; le liquide lactescent surnage. A la fin de la nuit la quantité de sang diminue et la lactescence augmente. Dans la journée la lactescence diminue, et le soir les urines tout en restant blanches deviennent un peu jaunâtres. A ce moment le sang est très peu abondant.

La lactescence est due à la présence de graisse émulsionnée dans l'urine, comme le montre la réaction par l'éther qui la dissout.

L'examen microscopique de l'urine montre des hématies plus ou moins altérées, des leucocytes, de fines granulations graisseuses et des cadavres de filaires.

L'analyse chimique faite par Méhu a donné les résultats suivants sur 1,000 grammes d'urine : urée 11,09 ; albumine 20,65 ; matières grasses 8,27 ; fibrine libre 0,38 ; sels minéraux anhydres 9,02 ; matières organiques diverses 6,80.

La plupart des caillots sont d'un blanc laiteux.

L'examen du sang accuse une diminution notable des globules rouges. Pratiqué la nuit par M. Damaschino, on constata la présence de filaires.

Malgré cette déperdition le malade ne présente qu'une anémie modérée. A la fin de décembre les urines redevinrent soudain normales, en même temps que le malade présentait les symptômes d'un embarras gastrique fébrile. Jusqu'au 24 mai les urines restent normales, claires; le malade sort alors pour rentrer bientôt, se plaignant de douleurs dans le flanc gauche; les urines étaient redevenues troubles, rougeâtres; ce malaise ne fut que passager, et les urines peu à peu redevinrent simplement lactescentes, avec les modifications diurnes déjà indiquées.

H. L.

Discussion on albuminuria, its pathology and clinical significance (*Glasg. med. journ.*, *nos de mars-avril-mai* 1884).

La Société clinique et pathologique de Glasgow a consacré la plus grande part de sa session 1883-1884 à une longue discussion sur la pathogénie et la valeur clinique de l'albuminurie. Quelques-uns des discours prononcés à cette occasion méritent une rapide analyse.

David Newman expose l'anatomie et la physiologie normales du rein, et conclut que, si à l'état physiologique l'albumine ne passe pas dans les urines, cela tient à ce que pendant son parcours dans les canalicules urinifères elle est résorbée par l'épithélium rénal. Quand elle existe, l'albuminurie est due à l'excès de tension intra-glomérulaire et aux lésions inflammatoires ou dégénératives de l'épithélium rénal.

W. Roberts étudie les divers réactifs cliniques de l'albumine, et insiste sur les albuminuries qu'il appelle physiologiques, et qui peuvent survenir et persister en pleine santé. D'autre part, il rappelle que souvent les brightiques excrètent une notable quantité de globuline; cette substance, si on verse goutte à goutte l'urine qui en contient dans un verre d'eau, forme un nuage laiteux et opalescent. Enfin, il signale un cas de néphrite chronique chez un goutteux, où une hypertrophie typique du ventricule gauche disparut par rétrocession dans l'espace de 23 mois.

Le professeur *Gairdner* pense que l'on a trop assombri le pronostic du mal de Bright; la guérison, ou tout au moins une amélioration durable, peuvent survenir, même dans les formes les plus graves. Lui aussi a vu plusieurs fois rétrocéder l'hypertrophie ventriculaire, et même la dégénérescence graisseuse du rein. Du reste l'albuminurie n'est pas, dans les maladies rénales, le fait capital; ce qui importe surtout, c'est que le rein reste à la hauteur de sa tâche éliminatrice, soit adéquat à sa fonction. Mais le terme d'albuminurie physiologique est inadmissible; même quand ce symptôme reste isolé et survient en pleine santé apparente, on doit le considérer comme un véritable signal d'alarme.

Mortimer Granville insiste sur la fréquence de l'albuminurie purement fonctionnelle, et d'origine névropathique, surtout chez les jeunes sujets.

Dans une longue et importante communication, le Dr *Mahomed* passe en revue les conditions pathogéniques de l'albuminurie. Au point de vue clinique, il distingue plusieurs séries de faits : 1° Cas de mal de Bright

confirmé; 2° cas où, avec les symptômes cardio-vasculaires du mal de Bright, on ne trouve que peu ou point d'albuminurie; 3° cas où l'albuminurie est considérable et prolongée; ici plusieurs variétés distinctes : *a*) pas d'autre symptôme du mal de Bright; pression artérielle normale; albuminurie légère. Pronostic favorable. — *b*) Pas d'augmentation de la pression artérielle, mais œdèmes passagers; albuminurie abondante. Pronostic qui laisse encore de l'espoir. — *c*) Cas où l'albuminurie persistante est associée à une tension artérielle exagérée. Pronostic grave, sans être désespéré.

Le premier degré du mal de Bright est l'existence d'une adultération aiguë ou chronique du sang; soit par un poison défini : scarlatine, plomb, alcool, soit par les matières excrémentitielles en excès. Comme résultats : élévation de la pression artérielle par obstacle à la circulation capillaire, et hyperémie fonctionnelle plus ou moins grave, congestion excrétoire aiguë ou chronique du rein. A ce moment, qu'une cause occasionnelle surajoutée vienne accroître l'hyperémie rénale, et l'albuminurie se montrera, abondante ou légère, chronique ou transitoire. Quant à l'élévation de la tension artérielle, elle mène à sa suite l'épaississement des vaisseaux, l'hypertrophie du cœur, la transformation fibreuse des glomérules.

D'après James Finlayson, l'albuminurie, au point de vue le plus général, semble due le plus souvent à l'action d'un principe toxique; tantôt l'empoisonnement est à forme aiguë, exemple : la cantharide, la pneumonie, la tuberculose aiguë, la fièvre rhumatismale, les fièvres éruptives, la puerpéralité, etc.; tantôt l'intoxication est chronique, exemple : le plomb, la goutte, la syphilis, l'ictère chronique, le diabète, la tuberculose ou la scrofule. Enfin l'alcool peut agir soit sous la forme aiguë, soit sous la forme subaiguë ou chronique.

Leishman insiste ensuite sur l'albuminurie pendant la grossesse; le professeur Greenfield sur les lésions rénales dans l'albuminurie; Joseph Coats sur la transsudation glomérulaire du sérum sanguin; R. Kirk sur les réactifs de l'albumine. Enfin d'autres communications moins étendues viennent terminer le débat.

Le principal intérêt de cette longue discussion est de montrer où en est en Angleterre la question de l'albuminurie. Elle ne s'est guère élevée, du reste, au-dessus de données critiques et pratiques assez vulgaires, et ne témoigne pas d'une connaissance suffisante des recherches récentes faites à ce sujet soit en France soit en Allemagne. A. CHAUFFARD.

I. — **Études sur la pathologie du rein, par CORNIL et BRAULT** (*Paris in-8°, de 300 pages*, 1884).

II. — **Contribution à l'étude expérimentale des néphrites, par GERMONT** (*Thèse de Paris*, 1883).

III. — **Anatomische Untersuchungen ueber Nierenentzündung und Morbus Brightii, par Theodor DUNIN** (*Arch. f. path. Anat. u. Phys., Bd. XVIII, Heft 2, p.* 286, 1883).

IV. — **Experimental contributions to the histology of Bright's disease, par L. ROSE** (*Philadelphia medic. Times*, 11 *mars* 1882).

V. — Sur les combinaisons des formes de la maladie de Bright, par Edw. BULL (*Nordiskt medicinskt Arkiv.*, *t. XI*, *n°* 23, 1879).

VI. — De quelques formes légères de maladies aiguës des reins, par Edward BULL (*Nordiskt medic. Arkiv*, *XI*, *n°* 4, 1879).

VII. — Néphrite rhumatismale, par CHÉRON (*France médicale*, *p.* 54, 10 *janvier* 1884).

VIII. — Ueber den Einfluss acuter Nephiritis auf Herz und Gefässe, par Franz RIEGEL (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 345 *et* 367, *juin* 1882).

IX. — Ueber Veränderungen des Herzens und Gefässsystems bei Nephritis, par LE MÊME (*Ibid.*, *p.* 671, *octobre* 1883 *et Zeitsch. f. klin. Med.*, *Bd. VII*, *p.* 260, 1883).

X. — Histologie pathologique de l'œdème aigu congestif du rein, par Ch. HORTOLÈS (*Arch. de Physiol.*, 1881).

XI. — Fragmentariske Studier over Bright'ske sygdomme, sarlig over soulne, glatte, ikke amyloïde nyer (Contribution à l'étude des maladies de Bright, notamment des reins tuméfiés, lisses et non amyloïdes), par Edv. BULL (*Nordiskt medicintks Arkiv*, *XIII*, *n°* 11, 1881).

XII. — Beiträge zur Histologie der Scharlachniere, par FISCHL (*Prager Zeitschr. f. Heilk.*, *Bd. IV*, *Heft* 1, *p.* 1, 1883).

XIII. — Beitrag zur Kenntniss der Wasser und Eiweissausscheidung durch Nieren, par F. SCHMUZIGER (*Zeitsch. f. klin. Medic.*, *Bd. V*, *p.* 610, 1883).

XIV. — Sur un cas de néphrite chronique post-scarlatineuse, par MARCHAND (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 151, *mars* 1883).

XV. — On the diagnosis of the glomerulo-nephritis, par JOHNSON (*Comptes rendus du Congrès de Londres*, 1881).

XVI. — De la néphrite infectieuse dans l'érysipèle de la face, par BLECHMANN (*Thèse de Paris* 1883).

XVII. — Néphrite aiguë hémorragique mortelle dans le cours d'un érysipèle, par A. HILLER (*Charité Annales*, *VII*, *p.* 314).

XVIII. — De la néphrite infectieuse consécutive à l'ostéo-périostite, par A. MOURET (*Thèse de Paris*, 1883).

XIX. — Des altérations paludéennes des reins, par KELSCH et KIENER (*Arch. de physiol.* 1882).

XX. — Malarial hæmaturia, par James TYSON (*The medical News*, *p.* 251, *mai* 1883).

I. — L'ouvrage de MM. Cornil et Brault constitue la monographie la plus complète que nous possédions sur les lésions des reins, étudiées au double point de vue de l'histologie et de l'expérimentation.

Après une introduction consacrée à la description du rein normal et de la technique à suivre pour examiner ses altérations morbides, les auteurs envisagent séparément les modifications de structure que la maladie imprime aux divers éléments anatomiques du parenchyme rénal.

Les cellules épithéliales, tout d'abord, sont le siège d'altérations multiples : dégénérescence granuleuse et graisseuse, état vacuolaire et production de vésicules aux dépens du noyau, hypertrophie des cellules et

disparition de leurs parois, infiltration de leur contenu par du pigment ou par des sels; toutes ces lésions sont soigneusement et minutieusement étudiées, avec leur topographie respective.

Les cylindres muqueux et hyalins, granulo-graisseux ou épithéliaux, constituent une des questions controversées de l'anatomie pathologique du rein : pour certains auteurs, ils sont formés par l'exsudation fibrineuse; pour d'autres, par la fonte des cellules elles-mêmes; enfin par une transsudation du plasma sanguin. Dans la discussion de ces théories, Cornil montre que toutes ont un côté vrai; il semble avoir plus de tendance à croire à la sécrétion de substances coagulables par les cellules épithéliales.

Après avoir ainsi passé en revue les lésions élémentaires des cellules, des parois tubulaires et des glomérules de Malpighi, il envisage leur groupement dans les diverses maladies rénales. C'est la partie la plus intéressante pour le médecin.

Le chapitre consacré à la congestion rénale aiguë et chronique mérite d'être étudié avec soin, car il tranche la question litigieuse du rein cardiaque. Pour Cornil, il ne s'agit pas là d'un simple œdème, non plus que d'une variété de néphrite interstitielle : la stase habituelle du sang amène des lésions à la fois parenchymateuses et conjonctives qui tiennent des deux, sans perdre leur physionomie propre. On ne doit pas considérer les reins des cardiaques comme résultant d'un processus inflammatoire.

Les néphrites, suivant Cornil, sont les unes diffuses, les autres systématiques. Il répudie l'ancienne distinction des néphrites épithéliales et des néphrites conjonctives, d'après ce fait que toute néphrite parenchymateuse est en même temps accompagnée de modifications de la trame fibreuse.

Le type de la néphrite diffuse aiguë est la néphrite expérimentale cantharidienne; elle se retrouve, avec des variantes, dans les néphrites des maladies générales. Les différences cliniques tiennent à ce que tantôt les phénomènes congestifs dominent, tantôt la diapédèse hémorragique, tantôt enfin les lésions épithéliales dégénératives.

D'autres variétés de néphrite diffuse, à marche subaiguë, aboutissent à l'état chronique, et constituent le type classique du mal de Bright; la néphrite des scarlatineux s'en écarte un peu par la prédominance des lésions des glomérules.

L'étude des néphrites systématiques forme un des chapitres les plus intéressants de l'ouvrage. La sclérose rénale, en effet, peut être la conséquence de lésions primitivement glandulaires : telles sont les altérations que l'on rencontre chez les saturnins, et que Charcot et Gombault ont reproduites dans le saturnisme expérimental. Plus souvent, peut-être, la sclérose est d'origine vasculaire et dépend de l'athérome et de l'endartérite chronique; à cette catégorie appartiennent le rein des goutteux, le rein sénile et les kystes rénaux qui en sont une conséquence. Enfin, une espèce de sclérose particulière paraît consécutive à la rétention de l'urine et à la distension chronique des tubes du rein; c'est celle que l'on reproduit par la ligature, la compression ou l'obstruction des uretères.

Le dernier chapitre, et le plus neuf peut-être du livre, a trait aux lésions du rein en rapport avec les différentes espèces de bactéries.

M. Cornil démontre que de nombreuses variétés de microbes circulent dans le sang d'une façon inoffensive, et ne développent ni coagulations intravasculaires, ni lésions épithéliales du rein. Mais, par contre, toutes les maladies infectieuses ont leurs bactéries, qui donnent lieu à des néphrites spéciales. On trouvera des détails pleins d'intérêt sur les îlots inflammatoires produits par les colonies bactéridiennes ; sur les infarctus, les abcès métastatiques, les suppurations diffuses du rein que l'on trouve en pareil cas, et qui sont liées à des thromboses septiques. — L'histoire de la néphrite bacillaire des tuberculeux rentre dans le même groupe de lésions.

On voit, par ce rapide exposé, que l'ouvrage de MM. Cornil et Brault constitue un traité d'anatomie pathologique générale du rein, en même temps qu'une monographie des plus complètes sur chaque variété d'altérations rénales. H. R.

II. — Le travail très remarquable de M. Germont, fait sous l'inspiration de M. Straus, confirme absolument les recherches précédentes. Nous nous bornons à y renvoyer le lecteur ; il trouvera dans l'ouvrage précédent, résumées et discutées, la plupart des opinions de l'auteur.

III. — Le travail de Dunin est une discussion étendue sur la nature des lésions rénales susceptibles de déterminer le complexus clinique que l'on dénomme mal de Bright. La caractéristique des lésions du rein dans le mal de Bright serait l'inflammation. Le processus inflammatoire commence par les vaisseaux, provoque l'issue d'une grande quantité de globules blancs dans les glomérules, les tubes urinifères et les espaces interstitiels. Il résulte de cette conception que la néphrite ne doit pas être distinguée en parenchymateuse et en interstitielle. Ces dénominations indiquent non une différence de nature, mais une différence dans la répartition relative des altérations élémentaires. Dans le mal de Bright, la néphrite serait toujours totale, à la fois interstitielle et intra-canaliculaire.

Cela se concilie mieux que la doctrine dualiste avec les formes mixtes si souvent observées en clinique : néphrite interstitielle avec polyurie, albuminurie et anasarque ; néphrite albumineuse avec hypertrophie notable du cœur, etc. Le mal de Bright correspondrait ainsi aux formes suivantes : petit rein rouge, gros rein blanc, petit rein blanc induré et rein amyloïde. Dans ce dernier la lésion est tout d'abord semblable à celle du gros rein blanc, puis survient la transformation amyloïde ; il s'agit donc d'une néphrite dans une première période. A ces formes à évolution chronique, il faut ajouter les néphrites totales, qui succèdent fréquemment à la scarlatine, beaucoup plus rarement à la fièvre typhoïde et au typhus récurrent.

Dans ces divers cas, le rôle des glomérules, des vaisseaux et du tissu conjonctif interstitiel, se trouve bien défini. En est-il de même des lésions épithéliales ?

La dégénérescence de l'épithélium est le fait habituel, mais non obligatoire, dans la néphrite brightique. Elle succède le plus souvent aux troubles nutritifs qui ont atteint primitivement les vaisseaux ; mais elle n'est pas le phénomène principal indispensable. La dégénérescence épithéliale peut précéder la dégénérescence vasculaire, mais celle-ci est seule caractéristique, et le mal de Bright n'existe que lorsque les vais-

seaux sont atteints. Elle peut exister, sans lésion de l'épithélium, par glomérulite, artérite et néphrite interstitielle.

Il faut donc distraire du cadre des néphrites tous les cas dans lesquels il s'agit d'une dégénérescence indépendante de l'inflammation.

Cette dégénérescence peut se produire en particulier lorsque l'irrigation sanguine du rein est incomplète, comme dans l'athérome artériel et les affections du cœur : l'épithélium dégénéré, par défaut de nourriture, se desquame et s'élimine. Il se produit consécutivement une transformation fibreuse et interstitielle et une atrophie scléreuse du rein. La néphrite n'est pour rien dans ce processus, aussi ces dégénérescences sont-elles indépendantes du mal de Bright.

On voit que la nature inflammatoire de la maladie est surtout tirée des lésions glomérulaires et interstitielles. Peut-on démontrer également la nature inflammatoire des modifications intra-canaliculaires, épithéliales? Ici l'on se heurte à une grande difficulté : déterminer les signes de l'inflammation de l'épithélium des tubuli. La prolifération nucléaire ne peut pas elle-même être considérée comme un signe caractéristique, puisqu'on voit les noyaux des fibres musculaires atrophiées proliférer d'une façon analogue. A. MATHIEU.

IV. — En instituant ses expériences, l'auteur s'est proposé d'établir les lésions de la néphrite au début. La méthode qu'il a employée consiste à injecter des extraits de cantharides sous la peau des animaux au moyen d'un seringue de Pravaz. En tuant ensuite les animaux à des époques différentes, on peut constater les modifications survenues dans la structure des reins, et les comparer à l'état normal. Dans quelque expériences, les injections ont été faites directement dans l'épaisseur du parenchyme rénal ; dans d'autres, le poison a été introduit dans la cavité abdominale. Ces recherches rappellent celles de Cornil et de Browicz. Voici le résumé des conclusions auxquelles M. Rose est arrivé :

1° Une néphrite peut se déclarer toutes le fois que le sang qui se rend aux reins renferme une substance irritante snsceptible d'être éliminée par eux ;

2° La dégénérescence graisseuse et l'infiltration de l'épithélium rénal peuvent exister dès le début des néphrites, c'est-à-dire dans les vingt-quatre heures qui suivent le début de la maladie ;

3° Les premières altérations du rein apparaissent dans la couche épithéliale des tubes contournés, et sont caractérisées par un trouble du protoplasma ;

4° L'intensité des lésions est en proportion directe avec la concentration du poison ;

5° Une néphrite parenchymateuse peut exister indépendamment de toute altération appréciable du tissu interstitiel. Mais cela est très rare et n'arrive que quand le poison agit très énergiquement et amène en peu de temps la mort de l'animal, ou bien encore quand son extrême dilution par le sang et son excrétion rapide rendent son influence passagère, ce qui permet à l'aninal de se rétablir dans un laps de temps fort court. Dans un grand nombre de cas, au contraire, les lésions portent à la fois sur l'épithélium et le tissu interstitiel, et cela à des degrés et dans des proportions infiniment variables ;

6° La néphrite interstitielle peut exister en tant que maladie aiguë ;

mais dans tous les cas le microscope décèle un trouble plus ou moins marqué de l'épithélium. Or, tandis que ce dernier peut revenir à l'état normal après l'excrétion de la substance irritante, le tissu conjonctif une fois formé ne peut plus être résorbé. Tantôt l'irritation porte d'un seul coup et principalement sur le tissu interstitiel, et alors se produit ce qu'on appelle le rein rouge granuleux ; tantôt elle porte surtout sur l'épithélium, et alors se développe le gros rein blanc ;

7° Les parois vasculaires sont épaissies ; et cette altération est due à une hypertrophie des trois tuniques, qui sont toutes trois atteintes par la matière irritante ;

8° La desquamation est due à une imperméabilité de l'épithélium consécutive a son altération granuleuse. Les cellules sont alors détachées de leur point d'implantion par une sorte de vis a tergo ;

9° La néphrite parenchymateuse constitue un processus très actif, ainsi que le prouve l'état trouble des cellules et la présence de cylindres granuleux et fibrineux dans l'urine. La néphrite interstitielle est plutôt de nature passive, et analogue aux lésions qui succèdent à la congestion passive des autres organes de l'économie. GASTON DECAISNE.

V. — Après s'être élevé contre les divisions du mal de Bright en formes trop schématiques, Bull rappelle qu'en réalité ces formes sont le plus souvent combinées. Abordant ensuite les combinaisons spéciales des maladies de Bright, il examine les rapports qui existent entre l'atrophie rénale et la dégénérescence amyloïde. D'après lui le rein amyloïde ne subit jamais d'atrophie secondaire, la troisième période du rein amyloïde signalée par les auteurs n'existe donc pas. Partout où l'on trouve à la section le processus de l'atrophie dans les reins amyloïdes, on a affaire à une combinaison « d'atrophie rénale vraie avec dégénérescence amyloïde secondaire » ou bien à un cas « compliqué » d'atrophie rénale due à différentes causes (embolie, syphilis, tuberculose, etc.) avec dégénérescence amyloïde secondaire.

Étudiant ensuite la combinaison de la néphrite interstitielle et de la néphrite parenchymateuse il montre que toutes les fois que le rein atrophié donne naissance au cortège de symptômes qui caractérisent le mal de Bright, il s'agit de formes combinées et non pas de néphrite interstitielle pure. Il reconnaît cependant que cette dernière peut donner naissance à de l'albuminurie peu abondante, mais sans troubles graves de la santé générale pendant longtemps. Il se demande si l'on pourrait pas expliquer ainsi par une atrophie rénale commençante ces cas d'albuminuie durant de longues années chez des personnes bien portantes du reste, et chez lesquelles la constatation de l'albumine dans l'urine est due au hasard. Comme pour la dégénérescence amyloïde, il pense que l'atrophie du rein n'est jamais consécutive à la néphrite parenchymateuse pure : toutes les fois que cette atrophie existe, on constate en même temps un certain degré de néphrite interstitielle

Dans un troisième chapitre, l'auteur mentionne la triple combinaison de l'atrophie rénale, de la dégénérescence amyloïde et de la néphrite parenchymateuse. L'atrophie est toujours le premier chaînon, la dégénérescence amyloïde le second, la néphrite parenchymateuse le troisième ; dans quelques cas cependant la dégénérescence amyloïde peut être l'aboutissant des deux autres processus.

En dernier lieu, il passe en revue la combinaison du rein amyloïde avec la néphrite parenchymateuse. L'opinion la plus vraisemblable d'après lui est que la dégénérescence amyloïde engendre secondairement la néphrite ou bien que les deux processus suivent une marche parallèle et reconnaissent alors pour cause une maladie fondamentale commune.

En terminant il cherche à établir que parmi les formes non combinées d'affections de Bright, l'urémie se produit exclusivement (?) dans la néphrite parenchymateuse; qu'elle se présente le plus fréquemment dans les cas de néphrites mixtes, et qu'elle est très rare dans la dégénérescence amyloïde compliquée de néphrite. C. GIRAUDEAU.

VI. — L'auteur rapporte sous ce titre l'observation de plusieurs malades atteints de néphrites aiguës caractérisées par de la fièvre, des troubles gastriques, de la céphalalgie, des troubles oculaires, des hydropisies, de l'albuminurie et même un peu d'hématurie. Sous l'influence d'un traitement convenable, la guérison complète s'obtint en quelques jours ou tout au plus en une quinzaine.

Ces néphrites légères seraient d'après lui très fréquentes et souvent confondues avec l'embarras gastrique, la grippe, la fièvre catarrhale, etc.; le seul moyen d'éviter l'erreur est l'examen attentif des urines dans tous ces cas. C. GIRAUDEAU.

VII. — Le sujet de l'observation de M. Chéron est un garçon de 28 ans, atteint trois mois auparavant d'une première atteinte de rhumatisme, et revenu dans le service de M. Hardy avec une nouvelle poussée articulaire. On constata à son entrée de l'albuminurie en quantité notable : deux mois plus tard, il quitta l'hôpital, amélioré, mais conservant de l'albumine.

En mai, il rentra avec une nouvelle crise articulaire, et une récidive de néphrite aiguë. Urines peu abondantes, de couleur de bouillon, contenant de 2 à 4 grammes d'albumine par litre. Bientôt se déclarent des complications pulmonaires et le malade meurt.

L'autopsie révèle de gros reins blancs pesant 210 et 180 grammes. Le cœur est hypertrophié. Histologiquement, il s'agit d'une néphrite diffuse, avec accroissement des cloisons conjonctives, glomérulite manifeste, sans dégénérescence graisseuse des épithéliums. Rosenstein et Dickinson (*Brit. med. Journ.*, 1876) rapportent des faits analogues. Il s'ensuit que la néphrite rhumatismale ne comporte pas un pronostic aussi bénin qu'on l'a dit, et qu'elle n'est pas nécessairement parenchymateuse. H. R.

VIII-IX. — Riegel soutient que dans la plupart des néphrites aiguës, peu de temps après leur début, il survient une augmentation notable de la tension vasculaire. Ses observations portent non seulement sur la néphrite scarlatineuse, mais aussi sur la néphrite aiguë. L'augmentation de tension artérielle surviendrait dès que l'albumine apparaît dans l'urine; elle aurait été appréciée à l'aide de tracés sphygmographiques reproduits dans le mémoire de l'auteur.

Par le fait de l'affection rénale, il se produirait une dyscrasie sanguine qni amènerait la contraction des artérioles et ainsi une augmentation de tension produisant à son tour une hypertrophie du cœur. Cette hypertrophie reconnaîtrait la même cause que celle des affections valvulaires, elle serait compensatrice et destinée à vaincre l'obstacle mécanique périphérique.

L'auteur, sans entrer dans le détail des faits, ne croit pas que sa théorie soit applicable aux néphrites chroniques. La polyurie prouve en effet qu'il y aurait alors non seulement compensation, mais que cette compensation serait dépassée. M. DEBOVE.

X. — La néphrite congestive est une infiltration diffuse de globules blancs vivants, sans tendance à la suppuration, facilement résoluble comme l'érysipèle, s'accompagnant d'une albuminurie d'origine non glomérulaire et simplement due à des ruptures des capillaires périlobulaires. C'est le plus souvent une affection fugace, mais qui cependant, en mettant en activité les propriétés formatives propres du rein, pourrait devenir, dans certains cas, l'origine de néphrites interstitielles chroniques.

Cette néphrite mérite de conserver le nom de néphrite congestive plutôt que celui de néphrite interstitielle qui a été proposé pour la définir ; elle ne conduit pas en effet directement aux néoplasies fixes intertubulaires; c'est trompé par les apparences que M. Kelsch a parlé de la production des bourgeons charnus dans cette affection. Pour que l'on puisse définir un îlot embryonnaire comme les bourgeons charnus, que faut-il en effet? Il faut que les cellules du bourgeon se soient fixées pour former un tissu : tissu de granulation des auteurs allemands, tissu embryonnaire des auteurs français, dans lequel les cellules indifférentes sont groupées autour de capillaires néoformés et sont emprisonnées dans une substance connective composée de fines fibrilles, noyées au sein d'une substance amorphe, collagène et ne dessinant pas les travées régulières du tissu réticulé. Or, dans la néphrite congestive tous les globules blancs sont mobiles, libres les uns par rapport aux autres, jamais réunis par un ciment, même quand ils forment des lacs ou des travées épithélioïdes; aussi l'inflammation est-elle variable, facilement résoluble ; elle disparaît souvent en quelques jours ou en quelques heures sans laisser de traces appréciables, ce que ne fait jamais l'inflammation qui a édifié des bourgeons charnus et pour laquelle la cicatrisation par formation de tissu inodulaire est absolument inévitable.

De même donc que l'érysipèle, la néphrite congestive est capable de se dissiper avec rapidité; mais en ayant mis en activité les éléments fixes du tissu conjonctif intertubulaire elle peut être le point de départ de la véritable néphrite interstitielle, surtout si l'œdème aigu se prolonge ou s'il récidive un certain nombre de fois à intervalles rapprochés. Le parallèle entre l'érysipèle et la néphrite congestive se poursuit alors en vertu de la loi générale posée par le profeseur Renaut en 1874, à savoir : que l'œdème prolongé produit dans les tissus une excitation formatrice qui détermine leur végétation exubérante et aboutit, en fin de compte, à leur cirrhose. V. H.

XI. — Bull, sur 216 scarlatineux, a observé 35 cas de néphrite, soit 16 0/0. Sur ce nombre, 15 appartiennent au sexe féminin, 20 au sexe masculin. 6 moururent de leur néphrite (urémie) ; chez les autres la guérison s'obtint au bout d'un laps de temps variant de trois semaines à 5 mois. Dans un cas la maladie passa à l'état chronique.

La néphrite scarlatineuse est surtout *diffuse*, prédominant tantôt du côté de l'épithélium, tantôt du côté du tissu interstitiel. Dans ce dernier cas, elle peut ne pas se révéler par de l'albuminurie, mais elle donne

presque toujours lieu à de l'hématurie, plus fréquemment même que lorsque c'est l'épithélium qui est surtout lésé. Cette hématurie a une grande importance parce qu'elle permet de ne pas confondre l'albuminurie due à l'état fébrile de la scarlatine, de celle que l'on doit rattacher à la néphrite scarlatineuse.

L'atrophie secondaire du rein ne s'observe pas à la suite de la néphrite scarlatineuse. Enfin celle-ci, une fois guérie, n'a aucune influence sur le développement ultérieur de la maladie de Bright. C. GIRAUDEAU.

XII. — Fischl a fait l'étude histologique des reins chez un grand nombre de scarlatineux, et y a trouvé des altérations très variées. Il appelle surtout l'attention sur une lésion non encore décrite, qu'il a rencontrée dans deux cas, et qui se présente sous deux aspects distincts, avec des formes de transition. Tantôt à la partie interne de la tunique externe se voyait une accumulation de cellules rondes au sein d'une substance fondamentale, hyaline ou fribrillaire; tantôt cette tunique est croisée en fibrilles, avec néoformation cellulaire. A cette périartérite s'associait une mésartérite peu accusée; quant à l'endartère il était resté normal. Le tissu interstitiel était sain, les tubes urinifères n'offraient pas de lésions profondes. On est donc autorisé à voir dans le périartère le point de départ du processus morbide. L. D.-B.

XIII. — Schmuziger a été atteint d'une néphrite aiguë qu'il suppose d'origine scarlatineuse, parce qu'elle a coïncidé avec une épidémie de scarlatine qui sévissait dans la localité qu'il habitait. Il a profité de sa maladie pour étudier diverses particularités pathologiques de l'albuminurie. Il a remarqué notamment qu'en produisant une polyurie, par ingestion d'une quantité d'eau considérable, on n'augmentait pas la quantité d'albumine excrétée dans les vingt-quatre heures. M. DEBOVE.

XIV. — Jeune homme de 17 ans, atteint de néphrite postscarlatineuse qui entraîne la mort au bout de neuf mois.

Les principaux symptômes observés étaient l'œdème considérable, malgré que la quantité d'urine était plutôt accrue que diminuée; la richesse de l'urine en albumine, en cylindres et en cellules épithéliales graisseuses; l'hypertrophie énorme du ventricule gauche; le retour fréquent d'accès d'urémie, enfin la rétinite se terminant par amaurose complète. Donc une symptomatologie tenant le milieu entre celle de la cirrhose rénale et celle de la néphrite parenchymateuse.

A l'autopsie les reins étaient très volumineux, pâles un peu jaunâtres, de consistance élastique ferme et parsemés d'hémorragies punctiformes. Sur les coupes les glomérules apparaissaient comme de gros points blanchâtres.

La lésion microscopique la plus frappante était une destruction très avancée des glomérules, malgré leur augmentation de volume.

Souvent il n'y avait plus que quelques anses vasculaires perméables, tandis que la plupart avait des parois très épaisses ou étaient même tout à fait oblitérées; dans un grand nombre de glomérules elles étaient fondues en une masse homogène, altération analogue à celle qu'on observe dans la cirrhose rénale.

Une autre lésion remarquable était l'épaississement considérable des capsules. Fréquemment, l'épaississement ne s'étant pas développé d'une façon uniforme, il en résultait que les glomérules se trouvaient entourés par un croissant riche en noyaux et en cellules.

Au voisinage de la capsule, dans une plus ou moins grande étendue, se voyait une infiltration de petites cellules. J. B.

XV. — A l'inverse de Klebs, de Klein et de Waller qui considèrent dans la néphrite glomérulaire les cellules remplissant les corpuscules de Malpighi comme le résultat de la prolifération des corpuscules du tissu conjonctif qui relie entre eux les capillaires de Malpighi, l'auteur croit qu'il s'agit là d'une transsudation de leucocytes. Ce sont ces derniers qui s'engagent peu à peu dans les tubes contournés et donnent naissance aux petits cylindres que l'on retrouve dans l'urine. La présence de petits cylindres dans ce liquide peut donc servir à diagnostiquer la néphrite glomérulaire. C. GIRAUDEAU.

XVI. — Étude très complète des accidents de néphrite consécutifs à l'érysipèle.

XVII. — Le fait de Hiller concerne une femme de 41 ans, qui dans le cours d'un érysipèle grave généralisé eut tous les symptômes d'une néphrite aiguë. La mort survint au bout de trois mois, avec un cortège de phénomènes urémiques. A l'autopsie on trouva les lésions d'une néphrite parenchymateuse à la deuxième période. H. R.

XVIII. — M. Mouret a appliqué à l'ostéo-périostite les données récentes concernant les néphrites infectieuses. Pour lui, l'ostéo-périostite des adolescents doit être rangée dans le groupe des maladies septiques, et elle offre des déterminations rénales sinon constantes, au moins fréquentes. On trouve dans les urines des cylindres de l'albumine et des bactéries : anatomiquement, le rein présente des lésions épithéliales comme dans la néphrite parenchymateuse.

Au point de vue du pronostic, cette albuminurie n'est pas définitive, mais la complication rénale paraît contribuer à précipiter la terminaison fatale. (Voir sur ce point la thèse de Catuffe, 1884.)

L'auteur rapporte cinq observations à l'appui de sa thèse. H. R.

XIX. — Les auteurs ont eu pour but de montrer la série des processus pathologiques qui se produisent dans les reins sous l'influence de la malaria, selon que l'intoxication paludéenne se comporte comme une pyrexie, comme une phlegmasie ou comme une cachexie.

A. — Les maladies de Bright paludéennes sont très peu caractéristiques; notons cependant : 1° la tendance aux hémorragies dans toutes les formes et à toutes les périodes de la néphrite ; 2° le caractère franc de l'inflammation, en opposition avec les formes mi-stéatosiques, mi-scléreuses que la goutte, l'alcoolisme présentent si fréquemment chez nous; 3° la rareté, peut-être l'absence de la dégénération amyloïde, expression ordinaire des septicémies de tout ordre.

Dans les cachexies même, les dégénérescences graisseuse et colloïde du rein sont marquées d'un caractère subinflammatoire et donnent lieu à des hémorragies. Elles se distinguent nettement des lésions du rein sénile par l'importance toute secondaire des lésions des vaisseaux, et notamment par l'absence de l'athérome artériel.

Le poison paludéen est avant tout congestif, phlogogène, non stéatogène.

B. — En ce qui concerne les caractères généraux de la néphrite, une première conclusion ressort de l'examen des faits, c'est que l'ancienne division des inflammations glandulaires en parenchymateuses et interstitielles ne saurait être acceptée par l'histologie actuelle. Dans les phlegmasies bâtardes, hyperémiques ou dégénératives, qui sont secondaires aux pyrexies et aux cachexies, les altérations sont absolument

diffuses et intéressent les divers éléments anatomiques de la glande : les cellules épithéliales sécrètent et prolifèrent, le tissu conjonctif interstitiel et les glomérules sont hyperplasiés. Dans les phlegmasies proprement dites, qui ont tendance à se localiser dans des foyers, les éléments anatomiques compris dans ces territoires réagissent diversement suivant leurs aptitudes et surtout suivant le caractère général du processus, mais ils réagissent.

Tout foyer de sclérose procède à la fois de l'hyperplasie des éléments épithéliaux et de celle des éléments conjonctifs ; le plus ordinairement, notamment dans les formes aiguës, l'hyperplasie commence dans les éléments dont l'activité physiologique est la plus grande, glomérules et épithéliums, et le tissu conjonctif ne subit que tardivement l'excitation pathologique, mais cette règle n'est pas absolue. De même, les dégénérations colloïde et graisseuse qui atteignent de préférence le protoplasma épithélial, envahissent aussi, dans les phases avancées de la maladie de Bright, la paroi propre des tubes urinifères, les glomérules et les vaisseaux sanguins.

Si les processus inflammatoires ne se localisent pas dans l'un ou l'autre des deux tissus conjonctifs de la glande que l'anatomie du développement fait dériver du feuillet interne et du feuillet moyen du blastoderme, ils ne semblent point davantage assujettis dans leur distribution aux divisions de l'anatomie topographique. Le plan du lobule rénal ne détermine point la configuration des lésions dans les néphrites.

Dans les divers processus qu'ils ont analysés, les auteurs ont toujours retouvé deux ordres de phénomènes pathologiques, isolés ou associés, l'un pour trouble sécrétoire ; l'autre pour trouble d'évolution se caractérise par le retour à un stade du développement embryonnaire.

La prédominance de l'un ou l'autre de ces processus élémentaires a servi de base à la systématisation des néphrites.

Ainsi les processus exclusivement sclérosiques débutent en général dans les glomérules que leur activité physiologique et leur structure prédisposent peut-être à se transformer en tissu conjonctif embryonnaire ; ces foyers s'élargissent aux dépens des épithéliums et du stroma, s'étendent aux rayons médullaires, se relient les uns aux autres par des traînées, jusqu'à ce que la sclérose soit généralisée à toute la substance corticale et véritablement diffuse.

Dans les processus mixtes, à la fois sécrétoires et sclérosiques, la topographie des lésions est plus complexe, mais également indépendante de la circonscription du lobule rénal. Les granulations de Bright, foyers d'activité sécrétoire, occupent dans la substance corticale des territoires arbitrairement composés de tubes contournées et de tubes droits, dont l'épithélium strié est particulièrement apte à la sécrétion muqueuse. Ces granulations, dont quelques-unes persistent jusque dans les périodes les plus avancées de la maladie, opposent une barrière au progrès continu de la sclérose, qui au lieu d'être diffuse, comme dans la forme précédente, se dispose annulairement autour des granulations. V. H.

XX. — Tyson distingue deux formes d'accidents hématuriques liés à la malaria. La première forme bénigne et légère a déjà été l'objet des recherches de Dressler (*Virch. Arch.*, 1854) et de Harley (*Medico-chir. Trans.*, 1865). Elle consiste dans l'apparition d'urines sanguinolentes,

qui reviennent quotidiennement ou par intervalles, d'une façon paroxystique, chez des sujets, soit en présence d'accès palustres, soit antérieurement atteints de fièvres intermittentes. Les urines sont fortement teintées en rouge, très albumineuses, mais pauvres en globules; souvent même, malgré de minutieuses recherches, on ne trouve pas une seule hématie sous le champ du microscope. Il s'agit donc là d'une variété d'hémoglobinurie en rapport avec l'impaludisme. Quand ce symptôme est prononcé, il s'associe fréquemment à la présence d'un ictère léger, d'origine évidemment hémaphéique. Le traitement de cette forme légère d'hématurie, consiste en préparations de quinine, jointes à l'emploi du fer et de l'arsenic : certaines eaux minérales ferrugineuses, et surtout les sources d'alun si abondantes dans la Virginie, conviennent parfaitement pour modifier cet état pathologique.

La forme grave de l'hématurie paludéenne ne se rencontre guère que sous les tropiques et dans le sud de l'Amérique. Au bout d'un ou deux accès de fièvre l'hématurie apparaît; parfois avec la première attaque, l'urine est noire et ressemble à de l'acajou, très abondante; l'écoulement dure ainsi deux ou trois heures, après quoi il diminue. Des vomissements, parfois des hématémèses comme dans la fièvre jaune, se montrent concurremment, avec ictère intense, langue fuligineuse, tendance à l'algidité. La mort peut survenir, au milieu de ces accidents pernicieux, en vingt-quatre heures; ailleurs, les phénomènes graves s'arrêtent, mais un nouvel accès survient un jour ou deux après, et emporte le malade. Ici encore, l'examen de l'urine montre qu'il s'agit d'une hémoglobinurie, et non d'une hématurie véritable. L'ictère est évidemment aussi un ictère hématique.

Le seul traitement qui enraye parfois les accidents est la quinine à haute dose, sous forme d'injections hypodermiques. H. R.

I. — **Ueber Nephritis, insbesondere die chronische hœmorrhagische Form derselben, par AUFRECHT** (*Deutsch. Arch. f. kl. Med., Bd. XXXII, Heft* 5 *et* 6, 1883).

II. — **Étude sur quelques troubles de la maladie de Bright, par DIEULAFOY** (*Soc. méd. hôp. Union méd., août* 1883).

III. — **Note sur un cas de gangrène symétrique des extrémités chez une albuminurique, par ROQUES** (*Union médicale* 1er *avril* 1883).

IV. — **Researches on the state of the ganglionic centres in Bright's disease, par DACOSTA et LONGSTRETH** (*American journ. of medic. Sc., juillet* 1880).

V. — **The changes in the renal ganglia in Bright's disease, par A. SAUNDBY** (*Brit. med. journ., p.* 50, *janvier* 1883).

VI. — **Considérations nouvelles sur la rétinite des albuminuriques, par ABADIE** (*Union médicale*, 15 *octobre* 1883).

VII. — **Chronic Bright's disease without albuminurie, par MAHOMED** (*Comptes rendus du Congrès de Londres* 1881).

VIII. — **Geeignete kost für kranke welche an chronischer Nephritis leiden, par LICHTHEIM** (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, p.* 197, *avril* 1882).

IX. — **Ueber die hygienische Behandlung der Albuminurie, par H. SENATOR** (*Berlin. klin. Woch., p.* 741, *décembre* 1882).

X. — Ueber die Eiweissverlust, par C.-A. EWALD (*Ibid. p.* 277, *mai* 1883).

XI. — Des lésions histologiques du rein chez le cobaye à la suite de la ligature de l'uretère, par I. STRAUS et GERMONT (*Arch. de physiol.*, 1882).

XII. — De la néphrite déterminée par la compression des uretères dans le cours du cancer de l'utérus et de l'hypertrophie du cœur consécutive par ARTAUD (*Revue de médec., novembre* 1883).

XIII. — Pathogénèse de la néphrite bactérique ascendante ou pyélo-néphrite, par ZEMBLINOFF (*Thèse inaugurale, Saint-Pétersbourg*, 1883).

XIV. — De l'hypertrophie cardiaque dans les néphrites consécutives aux affections des voies excrétoires de l'urine, par E. WEILL (*Paris*, 1882).

I. — D'après Aufrecht, la néphrite chronique hémorragique n'est pas une espèce spéciale, comme le veut Weigert ; ce n'est qu'une variété des glomérulo-néphrites chroniques.

Weigert admet, en effet, deux formes de la néphrite chronique hémorragique (qui paraissent n'être que des degrés dans l'évolution de la néphrite interstitielle).

La première (forme lisse) se caractérise par un rein plutôt volumineux qu'atrophié, marbré de rouge, de consistance dure. La charpente cellulaire est hyperplasiée et quelques canalicules sont étouffés par sa prolifération. Les glomérules sont plus ou moins sclérosés. Cliniquement, cette forme évolue au moins en un an et demi; elle s'accompagne d'œdème, d'hypertrophie du cœur, avec diminution des urines, qui sont très albumineuses; l'anémie est fréquente.

La seconde forme se caractérise par une plus grande abondance du tissu conjonctif, qui produit des granulations appréciables. — Des hémorragies interstitielles se voient fréquemment au sein du parenchyme.

Les deux observations d'Aufrecht répondent à ce type clinique. La maladie avait duré 4 ans dans le premier cas, 15 jours seulement dans le second (?).

Outre les lésions du stroma conjonctif, il existait une dégénérescence trouble de l'épithélium rénal. C'est à cette lésion qu'il rapporte l'œdème, l'albuminurie et l'urémie finale.

Ce sont donc, en résumé, des néphrites mixtes (glomérulo-néphrites) dans lesquelles la dégénérescence épithéliale hâte les accidents et détermine une symptomatologie spéciale. H. R.

II. — Les troubles urinaires sur lesquels Dieulafoy attire l'attention, sont :

1° La *fréquence excessive des mictions*. Il a vu des gens atteints de néphrite chronique qui urinaient de dix à douze fois la nuit, de quinze à vingt fois par vingt-quatre heures. Ces mictions répétées ne s'accompagnaient pas d'une abondance exagérée des urines. L'auteur emploie à ce propos le mot de *pollakiurie*, pour différencier le trouble d'excrétion de la polyurie, qui est un trouble de sécrétion.

La pollakiurie peut être précoce ou tardive : dans le premier cas, tantôt elle est accompagnée d'un des nombreux symptômes révélateurs du mal de Bright : épistaxis, polyurie, troubles de la vue, etc., tantôt elle est isolée; dans le second cas, elle peut paraître après une poussée aiguë de néphrite plus ou moins caractérisée; quelquefois la pollakiurie est

douloureuse, cela se voit surtout chez les femmes; la douleur survient aussitôt la miction terminée, très vive et avec tous les caractères d'un spasme. La quantité d'urine rendue est d'habitude fort minime.

L'auteur admet que la pollakiurie est due à une excitabilité exagérée du plan musculaire de la vessie, mais il reste sur la réserve pour déterminer la cause qui agit ainsi sur l'appareil excréteur de l'urine.

2° Un autre symptôme de la maladie de Bright, ce sont les *démangeaisons* que l'auteur a observées, surtout chez les femmes, dans un tiers des cas environ. Tantôt c'est un prurit intense, vulgaire; tantôt il y a une sensation particulière de cheveux chatouillant le cou et la poitrine, tantôt de fourmillement.

3° Un dernier phénomène est celui du *doigt mort*, qui atteint les doigts des mains, rarement les orteils, limité à un doigt ou généralisé, quelquefois symétrique. Ces fourmillements prémonitoires du doigt mort peuvent s'observer dès le début du mal de Bright avant tout autre symptôme. H. L.

III. — La malade dont Roques rapporte l'histoire, était une albuminurique de vieille date avec accidents d'hypertrophie du cœur et de la rétinite. Depuis trois mois elle se plaignait d'une sorte d'onglée aux doigts, qui étaient pâles et froids. Bientôt ces symptômes s'exagèrent : à la pâleur succède une teinte livide avec marbrures violacées, anesthésie et finalement gangrène sèche momifiante. Ces lésions occupent symétriquement les orteils des deux pieds et tous les doigts des mains sauf les pouces.

Le côté intéressant de cette observation est que l'autopsie ne révéla ni thrombose ni endartérite. Les reins étaient sclérosés, le cœur hypertrophié. H. R.

IV. — Voici les conclusions du mémoire des deux médecins américains, basée sur l'examen anatomique du rein dans 9 cas de néphrites de type variable.

a. Dans la néphrite aiguë ou subaiguë, le seul changement de structure appréciable dans les ganglions nerveux du rein est l'augmentation des éléments cellulaires du stroma conjonctif.

b. Dans le gros rein blanc, le tissu conjonctif des ganglions était gonflé, et ses éléments cellulaires augmentés de volume. Les cellules nerveuses étaient normales, quelques-unes dégénérées. Pas de lésions vasculaires.

c. Dans les formes de néphrite mixte, le stroma des ganglions était épaissi, les cellules embryonnaires nombreuses; les éléments nerveux chargés de pigment ou de graisse : deux fois les vaisseaux sanguins furent trouvés dilatés et épaissis.

d. Dans le petit rein contracté, le stroma conjonctif est hypertrophié, mais pauvre en cellules embryonnaires; les éléments nerveux sont presque tous déformés, gras et infiltrés de pigment, les vaisseaux sanguins sont dilatés et hypertrophiés.

V. — Les investigations de Saundby portent sur 15 cas de néphrite, voici les résultats auxquels il est parvenu :

Sur un sujet atteint de néphrite aiguë, le ganglion semi-lunaire présente un accroissement de ses noyaux embryonnaires ; les cellules nerveuses et les vaisseaux sont à l'état normal.

Dans le gros rein blanc, le stroma du ganglion est très prédominant, avec nombreux éléments nucléaires ; les cellules nerveuses sont pâles, peu abondantes, mais non pigmentées et gardant leur conformation normale. Les vaisseaux ne sont pas épaissis.

Mêmes lésions dans les néphrites mixtes, avec cette différence que les cellules nerveuses sont pigmentées et que les vaisseaux paraissent dilatés.

Dans les néphrites interstitielles types (petit rein contracté), le stroma conjonctif du ganglion est exubérant, mais à prédominance fibreuse, pauvre en noyaux embryonnaires ; les cellules nerveuses sont rares, déformées, en dégénération pigmentaire. Les vaisseaux sont toujours dilatés ou hypertrophiés. En somme, les ganglions nerveux subissent en pareil cas l'infiltration scléreuse, qui envahit la plupart des viscères de l'économie.

L'auteur en conclut que les ganglions sont atteints dans les diverses modalités du mal de Bright, mais ces lésions ne paraissent avoir aucune influence directe sur les altérations texturales du rein. H. R.

VI. — 1° C..., âgé de 50 ans, se plaint de troubles de la vue ; à l'ophtalmoscope on découvre les lésions caractéristiques : plaques graisseuses blanchâtres, hémorragies rétiniennes, etc. L'examen de l'urine est négatif. Cependant le malade avoue une polyurie remontant à quatre mois, avec vomissements glaireux et affaiblissement notable. On constate chez lui une hypertrophie cardiaque avec bruit de galop. Ce fut seulement dans les huit jours qui précédèrent sa mort que l'on trouva dans l'urine des flots d'albumine.

2° M... accuse une diminution de l'acuité visuelle. Le fond de l'œil présente les lésions déjà indiquées de la rétinite ; l'examen des urines, négatif alors, devint positif plus d'un mois après, où on constate l'albuminurie avec bruit de galop, dyspnée, etc.

L'auteur insiste sur la signification de cette rétinite précédant l'albuminurie et permettant de reconnaître la lésion rénale. Ceci indique, bien évidemment, que la lésion de l'œil n'est pas sous la dépendance de l'albuminurie. Il y a donc lieu de penser que les altérations de la rétine, comme celles du cœur, ne sont pas la conséquence de l'affection rénale, mais d'une affection plus générale, frappant à divers moments ces organes. Le mauvais état des artères, et la haute tension artérielle, l'expliquent bien mieux que la dyscrasie sanguine. H. L.

VII. — Sous ce titre, Mahomed revient sur son opinion maintes fois énoncée, à savoir que la maladie de Bright est due à un excès permanent de la tension artérielle et présente trois stades : 1° modifications fonctionnelles du cœur et des reins sans lésion organique ; 2° petits reins granuleux sans albuminurie ; altérations hyperplasiques cardiovasculaires concomitantes ; 3° petits reins jaunes avec albuminurie.

GIRAUDEAU.

VIII. — Généralement on prescrit dans la néphrite chronique une alimentation d'une richesse insolite en matériaux azotés, pour remplacer les substances albuminoïdes enlevées par l'urine. Et cependant, dans la majorité des cas, le danger qui menace les malades de ce côté est bien moindre que celui provenant du trouble fonctionnel des reins, considérés comme principal émonctoire des résidus azotés de la nutrition. Longtemps l'insuffisance rénale est compensée par l'accroissement de la

pression sanguine et l'hypertrophie du cœur qui rendent encore possible la complète élimination de la totalité des produits de la décomposition azotée.

Lichtheim trouve donc inopportun de mettre ce mécanisme compensateur à une trop rude épreuve, en accroissant, par un régime ultra-azoté, la quantité des résidus à éliminer. La conséquence d'une telle manière de faire est qu'en présence du surcroît considérable de pression artérielle, le muscle cardiaque faiblit plus ou moins rapidement et l'on arrive ainsi à une dilatation du cœur, c'est-à-dire à un nouvel obstacle à la circulation.

Il résulte en effet des expériences de Lichtheim qu'une alimentation pauvre en azote fait très souvent disparaître l'asthme des néphritiques qu'il regarde, non comme un symptôme d'urémie, mais comme la conséquence du fonctionnement insuffisant du cœur, ainsi que c'est le cas pour l'asthme des cardiaques.

IX. — De même que Lichtheim, Senator croit qu'on attribue trop d'importance aux déperditions d'albumine par l'urine, d'autant que les divers médicaments préconisés contre elles sont le plus souvent impuissants. C'est au traitement hygiénique de l'albuminurie qu'il voue le plus de soin. A cet égard, il envisage successivement le régime alimentaire, les soins donnés à la peau, le repos physique et moral.

1° Régime alimentaire. Vu l'influence reconnue de la période digestive sur l'albuminurie, les repas devront être peu copieux, mais fréquents. Les œufs seront proscrits (expér. Lehmann et Stokvis). On donnera la préférence aux aliments peu azotés, viandes blanches, poissons, fruits, légumes verts. L'eau-de-vie sera défendue, à moins de collapsus. L'usage du vin rouge est généralement moins nuisible que celui de la bière, bien que celle-ci soit moins alcoolique. On évitera les mets épicés, fumés et par-dessus tout les écarts de régime.

Le lait additionné de substances hydrocarbonées (potages au pain, à la farine, au gruau, etc.) est toléré beaucoup plus longtemps que la diète lactée pure.

Les eaux minérales sont prescrites en boissons et en bains. Comme boissons on fait usage des eaux salines ou alcalines-salines, chaudes ou froides, selon les cas. Théoriquement, cette sorte d'eaux devrait être nuisible aux albuminuriques, puisque les médicaments salins irritent les reins. Mais il est probable qu'elles influencent favorablement la digestion.

Administrées sous forme de bains, les eaux minérales agissent sur la peau dont elles provoquent la turgescence et qu'elles entretiennent dans un état congestif.

2° Fonctionnement de la peau. Il faut la maintenir constamment en transpiration et éviter les refroidissements en portant des vêtements de dessous en laine. Un séjour prolongé au lit rend ici de multiples services : il facilite la sueur, met à l'abri du froid et assure le repos physique. Il est indispensable, aux époques menstruelles, pour les femmes albuminuriques.

3° Repos physique. Les malades doivent s'abstenir de tout exercice musculaire. Les promenades en voiture leur sont seules permises.

X. — Ewald relate l'histoire d'une femme de 61 ans qui a déjà subi

59 ponctions pour une ascite datant de 30 ans et que, par exclusion, il rattache à un petit fibrome de l'ovaire.

Quand l'accumulation du liquide n'est pas trop grande, cette femme n'éprouve aucun trouble dans sa santé générale. Le liquide ascitique extrait renferme en moyenne 3,5 0/0 d'albumine ; les ponctions sont répétées, en moyenne, toutes les quatre semaines et on retire chaque fois environ 18 litres de liquide. Cela fait une perte quotidienne d'albumine de 21 grammes, tandis qu'elle n'est guère de plus de 3 grammes dans l'albuminurie la plus intense.

Ewald, considérant l'état satisfaisant de sa malade, en conclut, comme Cohnheim, Lichtheim, Senator, etc., que, par elle-même, la déperdition d'albumine a peu d'influence sur l'économie, aussi longtemps que ces pertes peuvent se réparer vite, c'est-à-dire que les voies digestives sont intactes. J. B.

XI. — MM. Straus et Germont ont répété les expériences de Grawitz et Israel sur le pincement de l'artère rénale, et celles de Buchwald sur la ligature de la veine rénale, dans le but de déterminer une néphrite diffuse aiguë. En employant strictement la méthode antiseptique, ils déterminent en effet une destruction rapide du rein et une atrophie simple de l'organe. Mais le point intéressant de ces expériences, c'est que pas une trace de prolifération nucléaire ni de rétraction scléreuse n'a été constatée quand elles sont bien faites.

On voit donc que toute intervention expérimentale qui se borne à supprimer la fonction du rein en évitant l'introduction d'organismes doués de propriétés phlogogènes détermine uniquement l'atrophie de l'organe sans l'enflammer. Ceci prouve que dans les expérimentations destinées à éclairer la pathologie, il faut, pour obtenir des résultats exacts, opérer avec les précautions les plus rigoureuses de la méthode antiseptique, sous peine de fausser les résultats. H. R.

XII. — Au début, les lésions du rein consistent en une infiltration nucléaire autour des tubes urinifères et des vaisseaux, une hypertrophie des glomérules et une dilatation des tubes contournés dont l'épithélium a subi la dégénérescence granulo-graisseuse. Plus tard, le rein s'atrophie, l'infiltration nucléaire fait place à l'état fibreux, les tubes droits et les tubes collecteurs sont remplis d'un épithélium ayant subi la régression ganglionnaire. Les glomérules sont ou fibreux ou kystiques. Les tubes contournés, revenus sur eux-mêmes, présentent les mêmes altérations de leurs épithéliums que dans la première période.

Ces lésions rénales déterminées par la compression de l'uretère dans le cours du cancer de l'utérus amènent fréquemment une hypertrophie du cœur qui porte exclusivement sur le ventricule gauche.

Cette hypertrophie ne s'accompagne presque jamais de myocardite interstitielle. C. GIRAUDEAU.

XIII. — Le mécanisme par lequel les microbes de l'urine, contenue dans la vessie, pénètrent dans le bassinet et le rein n'est pas encore bien élucidé. Klebs suppose que cela a lieu en vertu d'un mouvement propre des bactéries, tandis que Virchow admet que l'urine peut refluer à travers l'uretère dans le bassinet rénal et produire ainsi directement une infection (bactérique) du rein.

C'est cette question encore controversée de la pathogénèse de la pyélo-

néphrite que l'auteur a entrepris d'étudier expérimentalement. Il fit chez quinze chiens des injections vésicales d'urine en pleine fermentation alcaline, ainsi que de liquides de culture des microbes (additionnés de matières colorantes, telles que le carmin, le bleu de Prusse) ou d'une infusion de muscles putréfiés. Chez quatre chiens une irritation rénale fut préalablement provoquée au moyen d'injections hypodermiques de teinture de cantharide ou d'une solution de bichromate de potasse. Afin de reproduire autant que possible les conditions cliniques dans lesquelles on observe chez l'homme l'apparition de la pyélo-néphrite (rétention d'urine, irritation de la vessie par les instruments) l'auteur, après l'injection d'un liquide septique dans la vessie, procédait à une ligature temporaire de l'urèthre ou recourait à l'introduction fréquemment répétée du cathéter dans la vessie. Dans plusieurs expériences, l'animal étant tué, l'auteur ouvrait immédiatement la cavité abdominale et observait l'effet des irritations mécaniques de la vessie. Ces dernières expériences ont démontré que l'opinion de Virchow correspond parfaitement à la vérité : des irritations énergiques — qui produisent une forte contraction de la vessie — sont presque toujours suivies de contractions antipéristaltiques dans les uretères — souvent avec régurgitation du contenu de la vessie dans l'un ou l'autre bassinet ou les deux bassinets à la fois. Quant aux injections des liquides septiques, l'auteur put se convaincre dans 11 cas de la présence des particules colorées de ces liquides dans le tissu rénal; dans 10 cas une pyélo-néphrite survint, et dans 5 cas le résultat fut négatif.

A la fin de son travail l'auteur formule les conclusions suivantes :

Un reflux ou régurgitation dans le rein de l'urine vésicale infectée (bactérique) peut avoir lieu dans les conditions anatomiques parfaitement normales.

Ce reflux est produit par une série de mouvements (contractions) combinés dans la vessie et les uretères — mouvements physiologiques, pour ainsi dire, mais qui produisent la pyélo-néphrite ou la « néphrite bactérique ascendante » de l'auteur, en introduisant dans le bassinet les bactéries contenues dans l'urine de la vessie.

L'agent principal de « l'inflammation » dans la « néphrite bactérique ascendante » est la bactérie et non pas les produits de la décomposition de l'urine. W. HOLSTEIN.

XIV. — Travail fait sous l'inspiration du professeur Lépine. En voici les conclusions :

Le rein et le cœur présentent des relations physiologiques. Les excitations sensitives du rein agissent sur la tension artérielle à la façon des nerfs sensitifs en général.

Pathologiquement, les rapports de ces deux organes se traduisent par l'hypertrophie du cœur dans certaines maladies rénales (Traube, Potain).

L'hypertrophie du cœur survient fréquemment dans les néphrites d'origine locale (rein chirurgical, etc.) et par suite ne peut être rapportée qu'à l'action exclusive du rein. Cette influence de la lésion rénale doit donc être admise quand il s'agit d'expliquer l'hypertrophie du cœur de la maladie de Bright. H. R.

I. — Contribution à l'étude de la dégénérescence kystique des reins, par SABOURIN (*Arch. de physiolo.*, 1882).

II. — On a case of cystic degeneration of the kidney, par BOND et WINDLE (*Brit. med. Journ.*, *p.* 1177, *juin* 1883).

III. — Zur Symptomatologie der cystösen Nierendegeneration, par P. STRÜBING (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.*, *Bd. XXIX, Heft* 3 *et* 4, *p.* 579, 1881).

IV. — Remarks on the fatty transformation of the kidney, par Edwin RICKARDS (*Brit. med. Journ.*, *p.* 2, *juillet* 1883).

V. — Die sogenannten Lipome der Niere, par P. GRAWITZ (*Arch. f. Path. u. Phys.*, *Bd. XCIII, Heft* 2, *p.* 39, 1883).

VI. — Contribution à l'étude de la cirrhose rénale, étude sur quelques variétés de tumeurs du rein, par SABOURIN (*Arch. de Physiol.*, 1882).

VII. — Et Sjaldent exempal pa hurtig udvikling of amyloiddegeneration (Dégénération amyloïde précoce des reins), par Edward BULL (*Nordiskt medicinskt Arkiv.*, *XII*, *n°* 5, 2, 1880).

VIII. — Recherches expérimentales sur la régénération partielle du rein, par PISENTI (*Arch. ital. de biologie*, *IV*, *fasc. II*, *décembre* 1883).

I. — Voici les conclusions de l'auteur :

1° La dégénérescence kystique se produit dans le cours d'une maladie de Bright, dont elle est comme un accident, parmi les autres altérations que subit le parenchyme rénal du fait de la cirrhose.

2° En thèse générale, les kystes ont pour origine une évolution spéciale des tubes urinifères dont l'épithélium est redevenu à l'état indifférent.

3° Cette évolution épithéliale se produit par petits foyers, dans lesquels les segments de tubes atteints se transforment en alvéoles à caractères spéciaux, alvéoles qui se fusionnent entre eux pour former des cavités kystiques plus ou moins simples.

4° La tendance à la fusion des cavités se poursuit au delà de cette première phase de l'évolution kystique, et des kystes ainsi formés s'ouvrent ultérieurement les uns dans les autres quand ils se trouvent accolés.

5° Ce processus épithélial se passant dans les tubes du rein transformés par la cirrhose, processus qui aboutit à la formation de kystes, a les liens de parenté les plus étroits avec un autre processus épithélial se produisant aussi comme accident de la cirrhose rénale, mais qui aboutit à des néoformations méritant le nom de tumeurs épithéliales (adénomes ou épithéliomes métatypiques du rein). V. H.

II. — Ce cas de dégénérescence kystique du rein offre de l'intérêt en raison des symptômes qui l'ont accompagné.

Il s'agit d'un homme de 38 ans, qui, depuis plusieurs années, était obligé de se relever la nuit pour uriner. Six mois auparavant, il avait eu des crampes dans les jambes et l'épigastre, et de l'affaiblissement général : six semaines avant son admission, il avait souffert d'une violente hématurie, accompagnée de céphalée et de douleurs lancinantes dans les genoux.

A son entrée il présentait un état typhoïde, un écoulement de sang par le rectum et par les gencives, et de la sécheresse de la langue. Du côté gauche de l'abdomen on sentait une grosse tumeur allongée qui paraissait être la

rate ou le rein hypertrophié. L'urine était rare et albumineuse. Au bout de quelques jours, le malade mourut dans le coma.

On trouva les deux reins énormes, complètement transformés en une tumeur kystique, pesant, l'un 39, l'autre 40 onces. Beaucoup de ces kystes renfermaient de l'urine, d'autres un liquide riche en paillettes de cholestérine.

L'auteur insiste sur la rareté de ces symptômes prémonitoires, assez insolites, qui avaient fait plutôt penser à de la leucocythémie qu'à un rein kystique. L'obésité du malade n'avait pas permis de sentir le rein hypertrophié. H. R.

III.—Une femme de 51 ans, mère de cinq enfans, n'avait pas revu ses règles depuis sa dernière couche, qui remontait à six ans; depuis cette époque ses pieds enflaient de temps en temps et d'une façon passagère. En juin 1877, hématurie et œdème considérable des pieds, la malade est alitée, et on constate une tumeur dans chacun des hypochondres, mais plus manifeste à gauche. Amélioration notable pendant une année. En octobre 1878, rechute qui l'oblige à entrer à la policlinique du professeur Mosler. Dyspnée très vive, sans altérations thoraciques suffisantes pour expliquer cet état; ventre distendu, hypochondres proéminents. Matité anormale en arrière du foie et de la rate; tumeur qu'on suit par la palpation jusque dans la fosse iliaque.

Urine = 800 à 1,000 centimètres cubes en 24 heures, sans cylindres, sans globules rouges, mais contenant une notable proportion d'albumine. La malade fut emportée en janvier 1879 par une pneumonie fibrineuse.

A l'autopsie, le rein droit mesurait 10 cent. 1/2 en longueur, 7 cent. 1/4 en épaisseur, 11 cent. 3/4 en largeur. Sa surface était bosselée; à la coupe, on voyait s'écouler une grande quantité de liquide de couleur variée, et l'organe était constitué par des kystes multiples et de toutes dimensions, les uns très petits, les autres énormes. Les cônes de substance médullaire ont complètement disparu; les calices et les bassinets se sont fondus en une loge unique.

Uretère normal. Le rein gauche offre absolument la même disposition et les mêmes particularités; les dimensions étaient de 20, 7 et 10 centimètres.

Quant au contenu des kystes, il était formé par une sérosité brunâtre renfermant les principes constituants de l'urine et en outre de l'albumine, cholestérine, globuline, urée 6 0/0, pas d'acide urique. E. R.

IV. — La tranformation graisseuse du rein, qu'il ne faut pas confondre avec la stéatose de l'épithélium, consiste dans l'envahissement du parenchyme rénal par du tissu adipeux véritable. Le processus peut varier : tantôt il s'agit d'une hypertrophie de l'atmosphère graisseuse de l'organe qui s'insinue par le hile et envahit le parenchyme; tantôt une hyperplasie de la graisse normalement contenue dans la trame conjonctive de la glande ou entre les calices des pyramides. Cette apparence adipeuse se rencontre surtout associée à la présence des calculs intrarénaux.

L'auteur rapporte l'histoire d'un homme, atteint autrefois de pierre vésicale et de néphrite consécutive, qui mourut très rapidement de dyspnée urémique à l'âge de 24 ans. A l'autopsie, on trouve le rein gauche complètement transformé en tissu adipeux séparé par des tractus fibreux; il n'existe plus de bassinet ni de calices : au milieu de cette masse se voyait un calcul étroitement adhérent à des trousseaux de tissu fibreux qui représentaient les restes du bassinet. Le rein droit présentait la même disposition, à un degré moins marqué; il y avait un petit calcul, et le parenchyme était réduit à une lame de tissu malade, atrophié, et atteint de sclérose. H. R.

V. — Il arrive assez fréquemment que de petites masses aberrantes de la capsule surrénale se trouvent enchâssées dans la capsule du rein.

On les reconnaît facilement, grâce à leur structure histologique, qui rappelle complètement la structure de la substance corticale et de la substance médullaire des capsules surrénales. Ces fragments aberrants n'ont pas d'importance à l'état normal. Quelques faits disséminés dans la science et une observation plus récente que rapporte l'auteur tendent à démontrer qu'ils peuvent devenir le point de départ de lipomes encapsulés que l'on pourrait prendre à première vue pour des lipomes du rein; il s'agit, en réalité, d'une dégénérescence lipomateuse de ces petites capsules surrénales accessoires qui se sont creusé dans le rein une loge plus ou moins considérable. Au microscope on reconnaît leurs cellules spéciales en voie de dégénérescence graisseuse et leur capsule parcourue par de nombreux vaisseaux. A. MATHIEU.

VI. — 1° Les épithéliums glandulaires du rein semblent pouvoir être le point de départ du néoplasme, à deux périodes différentes de l'évolution qu'ils subissent dans la cirrhose :

a. — Alors qu'ils possèdent encore tous les caractères des cellules rénales, les épithéliums irrités peuvent donner lieu à des tumeurs construites sur un type voisin des *épithéliomes cylindriques.*

b. — Alors que par suite du processus cirrhotique, ils sont revenus à l'état cubique ou indifférent, ils peuvent végéter sous cette forme élémentaire et produire des tumeurs épithéliales construites sur le *type cubique*, ou sur un type très voisin. Parfois l'élément épithélial végète en conservant complètement ses caractères de cellule indifférente, et la tumeur ne contient que des éléments presque nucléaires à protoplasma à peine visible.

Voilà pour les épithéliomes.

2° D'autre part :

L'anomalie dans le processus inflammatoire prédominant dans certains cas au niveau du tissu conjonctif, donne lieu, peut-être suivant la région du rein atteinte, à deux variétés de tumeurs.

a. — Les unes semblent, d'emblée, constituer des *fibromes vrais*, par hyperplasie locale de la trame conjonctive des pyramides, et atrophie rapide des éléments épithéliaux. Ce sont les fibromes adultes des pyramides.

b. — Les autres, qui ont pour siège de prédilection la substance corticale, constituent une variété toute spéciale de *tissu sarcomateux*, par suite des transformations concomitantes de la trame conjonctive et des épithéliums intratubulaires. Dans la trame conjonctive intertubulaire épaissie, les éléments cellulaires proliférés deviennent des cellules fusiformes ; dans les tubes, les épithéliums desquamés, proliférés, amenés à l'état de cellules rondes, se transforment de même en éléments fusiformes, qui prennent une direction parallèle suivant l'axe du tube. Puis, toute délimination de paroi entre les tubes ayant disparu, ces éléments forment des faisceaux semblables à ceux des sarcomes fasciculés, plongés dans une gangue fibreuse, transparente et parsemée des mêmes éléments. Le tissu ainsi formé, auquel convient le nom de fibro-sarcome, tend, à un état d'organisation plus parfait, à devenir un fibrome.

Si l'on considère la destinée ultérieure de ces productions, tant épithéliales que conjonctives, il est remarquable de voir que les épithéliomes tendent à s'enkyster pour former des tumeurs inertes subissant

des dégénérations variées ; et que les sarcomes marchent sans cesse vers une organisation à laquelle on attribue, non sans raison, des caractères de bénignité incontestée. Pour ce qui est des observations étudiées jusqu'à présent, on pourrait donc formuler de la façon suivante l'histoire de ces tumeurs :

Résultant d'une exagération, d'une déviation d'un processus inflammatoire tout à fait vulgaire qui atteint les deux éléments constituants du tissu rénal dans la cirrhose, elles évoluent vers des états de régression ou d'organisation tels qu'elles ne comportent plus aucun caractère de malignité. Ce qui ne veut pas dire que, dans certains cas, elles ne puissent se développer d'une façon exubérante et devenir malignes. V. H.

VII. — Un homme atteint de phlegmon de la région lombaire droite, ne présentait aucune trace d'albuminurie au moment où son abcès fut incisé. Au bout de 18 heures, les urines devinrent albumineuses et restèrent telles jusqu'au jour de la mort, survenue dix-sept jours après l'opération. A l'autopsie, on trouva le rein droit détruit par le foyer de suppuration et le rein gauche en pleine dégénérescence amyloïde ; le foie et la rate étaient sains. Le contact du pus avec l'air étant nécessaire pour produire la dégénérescence amyloïde, la date du début de celle-ci a pu être précisée avec soin.

C. GIRAUDEAU.

VIII. — De ses recherches, l'auteur conclut que les blessures du rein se cicatrisent à l'aide d'un tissu conjonctif de nouvelle formation dans l'épaisseur duquel on voit se développer de nouveaux tubes urinifères, d'abord sous forme de cordons pleins se creusant consécutivement. Ces tubes ne seraient pas formés aux dépens des vieux tubes urinifères voisins de la surface de section, mais ils proviendraient de la transformation des éléments conjonctifs qui entourent ces tubes. Les glomérules se formeraient consécutivement ; tout d'abord ils revêtiraient l'aspect d'une petite masse conjonctive, dans l'intérieur de laquelle s'introduirait peu à peu une anse vasculaire. Celle-ci en se repliant, arriverait à former le glomérule ; la capsule de Bowmann se formerait en dernier lieu. Enfin la néoformation des vaisseaux vient du réseau capillaire intertubulaire.

Ces recherches peuvent être rapprochées de celles de Tizzoni et Griffini sur la régénération de la rate et du foie. C. GIRAUDEAU.

Ein Fall von acuter Nephritis bei welchem der in dem Harn enthaltene Eiweisskörper nur aus Globulin bestand (Cas de néphrite aigu où l'unique corps albuminoïde de l'urine était la globuline), par WERNER (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, 1883).

Lehmann a montré le premier, en 1866, que l'urine albumineuse contenait toujours, à côté des éléments du sérum sanguin transsudé, un autre produit albuminoïde analogue à la globuline du sang. Senator pense que la globuline trouvée dans l'urine ne provient pas seulement du sang, mais peut être aussi un produit pathologique de l'épithélium rénal, produit fourni en abondance par le rein amyloïde, en quantité moindre par la néphrite aiguë, en très faible quantité par les néphrites chroniques.

En général, la globuline ne représente que la dixième ou la quinzième partie de l'albumine totale. Jusqu'ici les auteurs ne l'ont jamais vue constituer à elle seule la totalité du dépôt albumineux.

Aussi cette observation est-elle encore unique :

Enfant de 5 ans 1/2, malade depuis cinq jours, pâle, ayant les paupières

gonflées et atteint de bronchite diffuse. L'urine est un peu foncée, d'abondance normale, et fournit avec la chaleur et l'acide nitrique un précipité floconneux. Si l'on emploie l'acide acétique, on obtient un précipité très net qui disparaît quand on ajoute de l'acide en excès et que n'augmente pas le ferrocyanure de potassium.

La globuline étant précipitée par l'acide acétique, on peut se convaincre qu'après filtration, l'acide nitrique ne fournit plus aucun précipité : l'urine ne contient donc pas d'albumine provenant du sérum sanguin.

Quelques cylindres graisseux ou granuleux.

L'enfant meurt au bout de huit jours. Bien que l'autopsie n'ait pas été faite, le diagnostic de néphrite aiguë est certain. L. GALLIARD.

L'anémie, par LAACHE (*Christiania*, 1883).

Recherches faites sous la direction de Worm-Müller. En se servant des appareils tantôt de Malassez, tantôt de Hayem pour déterminer le nombre des globules rouges, le pouvoir colorant du sang, le volume des hématies chez les individus *sains*, l'auteur arrive aux chiffres suivants :

Nombre des hématies par millimètre cube : chez l'homme, 4,97 millions; chez la femme, 4,43.

Contenu hémoglobique : chez l'homme, 0,112 milligrammes; chez la emme, 0,099.

Les dimensions des globules sont les mêmes dans les deux sexes.

Laache étudie ensuite diverses variétés d'anémie; notons quelques-uns des résultats obtenus :

Dans la fièvre typhoïde, il y a diminution du nombre des hématies et surtout de leur contenu hémoglobique; l'anémie peut commencer dès le début de l'affection.

Dans le mal de Bright il n'y a pas d'hypoglobulie notable.

Les carcinomes, non généralisés, sans atteinte marquée de la nutrition, n'influencent guère le sang; il en est de même pour la phtisie, bien que dans ce cas les globules diminuent généralement de volume.

Dans la chlorose, Laache distingue deux formes : 1° fausse chlorose où, malgré les apparences cliniques, il n'y a guère d'altération globulaire; 2° chlorose vraie avec diminution de nombre et surtout de pouvoir colorant des hématies. L'emploi du fer a pour résultat de favoriser la production des globules et surtout d'augmenter la quantité d'hémoglobine.

Dans l'anémie pernicieuse les globules rouges peuvent tomber à un demi-million sans que la mort ait lieu.

Laache n'admet ni les microcytes d'Eichhorst, ni la poikilocytose de Quincke; mais il considère comme caractéristique des altérations du sang l'existence de globules géants, très riches en hémoglobine. L. D.-B.

De la crise hématique dans la fièvre intermittente, par G. HAYEM (*Archives de Physiologie*, n° 6, 1883).

Dans un cas de fièvre intermittente, M. Hayem a pu observer les faits suivants, en rapport avec ce qu'il a démontré dans la convalescence d'autres maladies aiguës; pendant la période d'état, le chiffre des globules rouges diminue d'une façon notable, en même temps que le nombre des hématoblastes est réduit à un chiffre très minime; ces deux éléments subissent des fluctuations en rapport avec la fièvre; le jour de

l'accès, le nombre des globules rouges est diminué, celui des hématoblastes augmente; c'est le contraire qui peut être constaté les jours d'apyrexie; il est probable que l'accès détermine un trouble dans les fonctions hématopoiétiques et la formation des hématollastes.

Dans la période de convalescence, le nombre de ces petits éléments augmente d'une façon considérable, puis diminue rapidement, et reste stationnaire, en même temps que le nombre des hématies augmente d'une façon progressive et que se rétablit l'équilibre dans les fonctions qui président à la formation des globules sanguins. W. ŒTTINGER.

Enteric paraplegia, par R. BARTHOLOW (*New York Med. Journ.*, *p.* 669, 1883).

Bartholow admet que, dans le cours des affections intestinales, la paraplégie peut survenir par deux processus tout différents dans leur mécanisme et leurs conséquences. Tantôt, comme dans trois observations relatées, il s'agit de paraplégies fonctionnelles, explicables, comme l'a proposé Brown-Séquard, par une contracture réflexe des vaisseaux médullaires avec ischémie consécutive; en ce cas la paralysie est rapide dans son début, ne devient jamais dangereuse, et suit les oscillations de l'affection intestinale. C'est dans les cas de ce genre que la médication strychnique donne les meilleurs résultats.

Si, au contraire, la lésion intestinale est profonde, comme dans la dysenterie chronique, les extrémités nerveuses dégénèrent, s'altèrent de proche en proche, et la myélite succède à la névrite ascendante. La paraplégie secondaire est alors lente dans son évolution, elle est graduelle, et les fonctions spinales sont atteintes une à une. Mais une fois le processus myélitique en mouvement, il évolue de son côté, devient indépendant de la maladie causale et peut lui survivre. Le pronostic est beaucoup plus sérieux que dans la première variété de paraplégie entérique. A. CHAUFFARD.

De l'élévation de la température centrale et des exacerbations fébriles chez les chlorotiques, par H. MOLLIÈRE (*Lyon méd.*, 25 *mai* 1884).

Poursuivant ses premières recherches (voy. *R. S M.*, XXII, 220), M. Mollière a réuni 30 observations où la température (rectale) a été prise avec le plus grand soin biquotidiennement. Jamais il n'a observé d'abaissement au-dessous de la normale; tant que persistent les symptômes chlorotiques, la température oscille entre 37°,8 et 38°,8. En avançant vers la guérison, la courbe moyenne s'abaisse progressivement pour arriver à la normale. De temps à autre, on voit survenir de véritables poussées fébriles (39,° 40°) sans qu'on puisse trouver de cause intercurrente pour les expliquer.

L'auteur insiste sur ce point que les malades chez lesquels on pouvait suspecter la tuberculose, ne figurent pas dans sa statistique. Pour expliquer ce symptôme et ces exacerbations fébriles, il admet jusqu'à nouvel ordre qu'il s'agit là d'une véritable pyrexie, bien que l'analyse des urines (dose normale d'urée) contredise un peu cette opinion. Il ne serait pas éloigné d'adopter la théorie nerveuse, qu'il s'agisse d'un trouble de la calorification par excitation des nerfs périphériques ou des centres thermiques. A. CARTAZ.

I. — Recent views respecting the diagnosis and treatment of lithœmia, par James PUTNAM (*Boston med. and surg. Journ.*, *p.* 556, 1883).

II. — Tinnitus aurium and vertigo, as prominent symptome of lithœmia, par G. LYMAN (*Ibid.*, *p.* 553, 1883).

I. — Dans cet article très intéressant, Putnam passe en revue et critique les principaux travaux faits depuis Garrod sur la diathèse urique. Il montre que les vues de Murchison sur la transformation dans le foie des matières azotées en urée ou en un produit d'oxydation inférieure, l'acide urique, sont loin d'être démontrées. Il semble, d'après Cohnheim, que l'urée et l'acide urique constituent, à l'état de santé, des produits d'oxydation parallèles, simultanés et non successifs. D'autre part, dans la goutte, l'acide urique aurait, dit Ebstein, des centres de formations multiples, et entre autres la moelle osseuse et les muscles. Mais chez les malades qui n'ont pas de goutte confirmée, et que l'on qualifie d'uricémiques, rien ne prouve qu'il existe un excès d'acide urique dans le sang. La seule démonstration indirecte que l'on en donne est la présence dans l'urine d'acide urique libre ou d'urate en excès. Encore ne peut-on admettre pour ce signe une réelle valeur, que s'il est prouvé qu'il est permanent, et non dû à un trouble digestif passager, ou à une concentration trop grande des urines.

Peut-être ne faut-il donc pas déposséder trop vite, au bénéfice de l'uricémie, la théorie qui rattache la goutte à une trophonévrose, ou à la neurasthénie. Une enquête nouvelle est à recommencer sur les causes qui amènent la précipitation des urates dans l'urine ; il convient de rechercher d'autre part si les symptômes nerveux si protéiformes, si les troubles dyspeptiques ou autres, qui surviennent chez les descendants de goutteux, ne peuvent pas s'observer au même titre chez les neurasthéniques indemnes de toute tare goutteuse.

II. — Parmi les symptômes si divers qui peuvent accompagner et dénoncer la diathèse urique, l'auteur attache une grande importance au tintement d'oreilles permanent, qui survient et persiste sans cause appréciable ; et d'autre part au vertige, avec ou sans chute ou attaque épileptiforme.

Sept observations personnelles en font foi. Comme traitement, on doit recourir à un régime faiblement animalisé et peu excitant, aux purgatifs salins à petites doses, aux alcalins et surtout au citrate de lithine.

A. CHAUFFARD.

I. — Die Natur und Behandlung der Gicht (Nature et traitement de la goutte), par W. EBSTEIN (*Wiesbaden*, 1882).

II. — Ueber Nephritis arthritica (Sur la néphrite goutteuse), par Rudolf VIRCHOW (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 1, *p.* 1, 7 janvier, n° 4, *p.* 60, 28 janvier, et n° 5, *p.* 75, 4 février 1884).

I. — La lésion anatomique essentielle de la goutte est une mortification partielle des tissus ; le dépôt d'urates n'est que consécutif.

Ebstein a essayé de rendre des poules goutteuses par la rétention de l'acide urique obtenue soit en leur liant les uretères, soit en leur injectant sous la peau de petites doses de chromate neutre de potasse.

Après l'injection de chromate, le cœur, le foie et les reins de ces animaux ont présenté des lésions absolument analogues à celles de la goutte humaine : mortifications partielles, dépôts d'urates et réaction inflammatoire au pourtour de ces foyers.

Mais on ne doit pas considérer comme des phénomènes réactionnels, toutes les inflammations de la goutte, car il en est qui sont un effet primitif de l'agent goutteux, de l'acide urique.

L'accumulation et la rétention d'acide urique peuvent être générales ou locales; dans le premier cas, il faut en chercher la cause dans une affection primitive des reins; dans le second, ce sont des conditions locales qui sont en jeu, et les suites n'en sont d'abord manifestes que dans certains tissus prédisposés, spécialement les cartilages articulaires.

Ebstein distingue donc une goutte primitivement articulaire et une goutte primitivement rénale.

Dans la première, la formation anormale d'acide urique a lieu dans les muscles et dans la moelle osseuse. Cet acide, dissous dans les liquides de l'économie à l'état de sel neutre, vient s'arrêter dans les cartilages articulaires qui présentent des conditions défavorables au point de vue de la circulation. Il y détermine de l'inflammation et de la mortification, puis cristallise dans les parties mortifiées sous forme d'un sel acide de soude, parce que le cartilage mort a une réaction acide.

Quant à la goutte primitivement rénale, c'est l'affection rénale qui occasionne une élimination insuffisante de l'acide urique. Mais Ebstein ne dit point si cette affection rénale ne repose pas elle-même sur une base goutteuse, c'est-à-dire si elle ne tient pas à une formation anormale d'acide urique dans les reins.

II. — D'après Virchow, il n'existe aucun rapport étroit entre la gravelle et les calculs urinaires uriques d'une part, et la goutte d'autre part. Mais, vu l'extrême fréquence de ces calculs, il n'est pas étonnant de les voir coïncider parfois avec la goutte.

Virchow trouve qu'on néglige trop la forme non paroxystique de la goutte, car à l'autopsie elle offre des tophus tout aussi considérables, bien que méconnus pendant la vie. Cette forme latente, à marche traînante, est spéciale aux pauvres. Il ne faut pas la confondre, comme Virchow l'a fait lui-même autrefois, avec l'arthrite déformante qui, elle, donne lieu à de véritables productions osseuses. Virchow n'a constaté qu'une fois la coexistence des lésions de la goutte et de l'arthrite déformante dans les mêmes articulations.

Virchow ignore la nature de la prédisposition goutteuse; mais il est certain qu'elle ne réside pas dans une alimentation trop azotée parce qu'il a souvent observé la goutte chez des détenus peu aisés.

Contrairement à Ebstein, Virchow n'a jamais vu les dépôts d'urate sodique dans le tissu interstitiel des reins, mais toujours exclusivement dans les tubes de la substance médullaire, ordinairement dans la portion centrale des pyramides, plus rarement au sommet des mamelons, et encore moins souvent dans la portion périphérique des pyramides.

Maintenant se pose la question de savoir quel est l'agent, quelle est la substance qui a provoqué l'inflammation? Si l'on considère le siège des lésions, soit dans les reins, soit dans les articulations, il est impossible de dire que ce sont les cristaux d'urate.

En effet, dans le rein, l'inflammation atteint surtout l'écorce, tandis que les dépôts cristallins occupent les tubes de la substance médullaire; dans les articulations, les tophus siègent dans les cartilages et ligaments, c'est-à-dire sur des parties non vasculaires, tandis que la synoviale qui est enflammée ne renferme jamais de cristaux.

Aussi Virchow est-il d'avis que ce n'est point l'urate sodique précipité, c'est-à-dire le sel devenu solide et cristallin (à moins de tophus volumineux agissant mécaniquement) qui provoque les accès de goutte, mais plutôt le sel encore dissous. C'est ce qui lui permet de dire qu'il peut exister une néphrite goutteuse sans dépôts proprement dits d'urate.

Au point de vue du diagnostic différentiel, il faut savoir que les canalicules urinaires peuvent contenir des dépôts calcaires coïncidant avec une néphrite interstitielle chronique qui ressemble beaucoup à la néphrite goutteuse dont elle ne se distingue que par la tendance à la formation de petits kystes résultant d'étranglements des canalicules.

Dans la discussion, Fürstenheim estime que Virchow s'est placé trop exclusivement au point de vue anatomo-pathologique; car en clinique, il est impossible de nier une étroite parenté entre la goutte, la gravelle et la pierre. Certains calculs vésicaux sont composés des mêmes aiguilles qui forment le contenu des tophus goutteux; seulement elles y sont groupées d'une autre façon. L'identité de la prédisposition à la goutte et aux calculs ressort de la fréquente alternance de l'hérédité dans une famille, se traduisant, par exemple, par une goutte chez le père, par de la gravelle ou la pierre chez le fils.

Virchow répond qu'il n'a pas encore pu voir de calculs composés d'aiguilles analogues à celles des tophus.

Les dépôts goutteux se distinguent toujours des dépôts uriques ordinaires formés d'urate d'ammoniaque. Ils sont incolores, d'un blanc crayeux, et ne donnent jamais lieu à de la gravelle ou à des calculs. Au contraire, toutes les gravelles et pierres sont fortement colorées en brun ou gris brun.

Le sédiment briqueté si commun dans la fièvre ne se complique jamais de dépôts rénaux, au moins chez l'adulte, car dans l'infarctus urique des nouveau-nés, on retrouve le sédiment briqueté dans les reins.

Virchow conclut qu'en pratique il y a lieu de séparer nettement les dépôts d'urate sodique de ceux d'urates d'ammoniaque ou d'autres urates. D'une part, en effet, dans la goutte, on trouve des dépôts blancs dans les reins, et rien de semblable dans les voies urinaires; d'autre part, on trouve des sédiments urinaires colorés et rien dans les reins.

Senator a cru remarquer que c'est précisément la goutte des pauvres qui n'offre pas les paroxysmes typiques, parce que la goutte paroxystique est surtout la goutte héréditaire.

Il se demande si la néphrite interstitielle, en foyers originairement circonscrits, que Virchow reconnaît spéciale à la goutte et à la syphilis, n'appartient pas aussi au saturnisme. J. B.

OBSTÉTRIQUE.

Zur Casuistick des Stachelbekens und der Perforation des Douglaschen Raumes bei der Geburt (Contribution à l'étude des bassins à saillies tranchantes et de la perforation de l'espace de Douglas pendant l'accouchement), par M. HOFMEIER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band X, Heft* 1).

Dans le cas observé par l'auteur, l'arête tranchante siégeait au niveau du promontoire : elle prenait naissance au-dessous de l'articulation sacro-vertébrale, sur le corps de la première vertèbre sacrée et se dirigeait vers la symphyse, formant ainsi dans la cavité du bassin une saillie à bords aigus. Il en résultait, pour le détroit supérieur, une configuration en cœur de carte à jouer. Le diamètre conjugué vrai mesurait 7,6 centimètres. Il n'y avait pas trace de rachitisme. La femme était morte 2 heures 1/2 après son deuxième accouchement (accouchement prématuré artificiel à la 36e semaine).

Elle avait eu à la suite de son premier accouchement une fistule vésico-vaginale, opérée et guérie, et une déchirure de l'espace de Douglas qui avait passé inaperçue et qui ne fut reconnue que sur la pièce anatomique par les cicatrices qu'elle avait laissées.

L'auteur croit que la perforation de l'espace de Douglas est plus fréquente qu'on ne pense généralment; elle reste le plus souvent inaperçue, et ne se traduit par aucun phénomène grave, par suite de l'adhérence qui s'établit très promptement entre les feuillets du péritoine. L'auteur en cite un exemple, dans lequel il fut amené par hasard à reconnaître la déchirure, et la guérison eut lieu sans accident. H. DE BRINON.

Beiträge zur Anatomie, Physiologie, und Pathologie der menschlichen Schwangerschaft (Contribution à l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la grossesse dans l'espèce humaine. Première partie : Le prétendu lait utérin dans l'espèce humaine), par WERTH (de Kiel) (*Arch. für Gynækologie, Band XXII, Heft* 2).

Von Hoffmann (*R. S. M.*, XXIII, p. 604) a affirmé l'existence dans le placenta d'un liquide auquel il donne le nom de lait utérin. Ce liquide qui occupe les espaces intervilleux, est caractérisé par des globules dont le diamètre varie de 20 à 30 et 40 μ et serait destiné à la nutrition du fœtus. Les cellules de la caduque seraient, d'après von Hoffmann, les organes producteurs de ces globules. L'auteur reconnaît l'existence du liquide décrit par von Hoffmann; mais son interprétation diffère complètement. Les corpuscules globulaires qui caractérisent le lait utérin d'Hoffmann ne sont pas des éléments physiologiques mais des produits d'altération *post mortem* de l'épithélium des villosités. L'auteur a constaté en effet qu'ils n'existaient pas dans le placenta vivant (placenta obtenu par une opération de Porro, pratiquée en pleine grossesse; l'or-

gane était sain); et que leur nombre allait en augmentant au fur et à mesure que l'on s'éloignait du moment où le placenta avait été expulsé. Les placentas, qui avaient servi de sujet d'observation à von Hoffmann, avaient tous été examinés plusieurs heures après la délivrance. Enfin, l'auteur a réussi, après de nombreuses expériences négatives, à saisir sur le vif le phénomène de production des globules décrits par von Hoffmann : il a pu constater leur production aux dépens de l'épithélium des villosités. D'après les réactions chimiques que présentent ces petits corps, l'auteur ne pense pas qu'ils soient constituées par une des substances albumineuses connues : leur constitution est plus complexe.

Quant au liquide dans lequel baignent les villosités dans le placenta normal, ce liquide n'est autre que le sang maternel, ainsi que l'ont reconnu Kölliker, Langhans, Leopold. Les recherches de l'auteur, en particulier celles qu'il a pu pratiquer sur un placenta obtenu par l'opération de Porro, ne lui laissent aucun doute à ce sujet. Le sang qui baigne les villosités placentaires ne diffère du sang normal que par une plus grande proportion des globules blancs.

H. DE BRINON.

Présentation du dos dans un cas de grossesse gémellaire. — Epanchement sanguin entre les membranes des deux œufs, par BUDIN (*Union méd.*, 20 *janvier* 1884).

M..., âgée de 41 ans, est enceinte pour la quatrième fois. Son dernier accouchement a été laborieux. Huit jours avant le début des douleurs, on avait reconnu la présence de deux fœtus. Le 21 juillet elle est prise de douleurs ; on sent une tête dans le flanc gauche, une autre dans la fosse iliaque droite. Au toucher, on trouve le col effacé, et le doigt arrive sur une partie fœtale volumineuse, plane ; en la déprimant on sent une série de petites saillies placées régulièrement ; ce sont les apophyses épineuses de la colonne vertébrale ; le fœtus est donc couché transversalement, comme dans un hamac au-dessus du détroit supérieur. On peut sentir à droite le gril costal : le 22 juillet pendant les contractions, le tronc se pliait et s'engageait profondément, l'orifice se dilatait; la contraction ayant cessé, le dos, comme un ressort, remontait au niveau du détroit supérieur. La version fut pratiquée et amena l'issue d'un enfant vivant pesant 2 kilog. 53 grammes. La tête du second enfant après la sortie du premier s'était abaissée au niveau du détroit supérieur ; il fallut rompre les membranes pour sentir nettement la tête. Mais la rupture fut suivie d'un flot de sang rouge, sanguinolent, rapidement suivi de la sortie de l'enfant pesant 3 kilog. 690 grammes. Un quart d'heure après la délivrance s'effectuait ; il existait deux placentas séparés par un espace assez grand ; il y avait sur les membranes un orifice par lequel passait le cordon du fœtus sorti le premier ; cette ouverture menait dans une première cavité, au fond de celle-ci se trouvait une cloison percée d'un orifice qui permettait d'entrer dans une autre poche où avait séjourné le second fœtus ; il existait donc deux poches superposées. La cloison était infiltrée du sang liquide et en caillots ; il y avait deux œufs distincts, chacun avec un amnios et un chorion et une seule caduque. Le sang venu du placenta décollé avait cheminé entre les deux chorions qu'il avait décollés. L'auteur insiste sur la superposition de deux fœtus dans l'utérus, l'inférieur situé transversalement, l'autre verticalement ; sur la présentation véritablement dorsale du premier fœtus ; sur l'infiltration sanguine entre les deux œufs qui masquait la tête du second fœtus.

H. L.

I. — Ein Drillingsgeburt (Accouchement de 3 jumeaux), par TRECHSEL (*Revue médicale de la Suisse romande, II, n° 5, p. 154, 1er mars* 1882).

II. — Accouchement de trijumeaux, par RAPIN (*Idem, III, 99, février* 1883.)

III. — Ein Fall von Vierlingsgeburt (Accouchement de 4 jumeaux), par GLASER (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte, n° 10, p. 302, 15 mai et n° 16, p. 537, 15 août* 1881.)

I. — Femme secundipare dont le premier accouchement a été simple. Sa mère n'a jamais eu de grossesse gémellaire, mais le père de son mari était un jumeau.

Le second et le troisième enfant étaient des filles, un peu plus petites que le garçon.

Couches bonnes malgré une métro-péritonite. Bien que l'allaitement ait été impossible, jusqu'ici les 3 jumeaux se portent bien.

II. — A Lausanne, on compte un accouchement trigémellaire sur 7,000 naissances, soit un tous les 10 ans.

Dans le cas rapporté par Rapin, les 3 enfants, tous de sexe mâle, étaient tous nés spontanément.

Les deux derniers sont morts au bout de 48 heures, le premier a également succombé depuis.

La mère n'avait pas eu de grossesse multiple antérieurement.

Joel rappelle, qu'en 1850, il y a eu à Chéseaux (Vaud) un accouchement de quadrijumeaux : 1 fille et 3 garçons ; ces derniers ont vécu.

III. — Ce cas d'accouchement quadrigémellaire est d'autant plus rare que les 4 enfants ont survécu; il a été observé à Baggwylgraben (Berne).

Femme de 39 ans ayant déjà eu 3 accouchements simples. Dernières règles en janvier 1880. Grossesse normale.

Accouchement le 20 septembre : le 1er enfant était en présentation céphalique, le 2e en podalique, le 3e et le 4e de nouveau en céphalique. Mais une hémorragie profuse obligea de pratiquer pour le dernier la version podalique. Les deux sexes étaient également représentés.

Couches normales.

Les 4 œufs étaient distincts : les 2 garçons et les 2 filles pesaient ensemble 6,700 grammes ; l'enfant le plus grand avait 42 et le plus petit 39 centimètres de long. A l'âge de 8 mois, ils étaient encore allaités par la mère, et avaient la taille d'enfants de 5 mois; le dernier-né seul était un plus maigre et plus pâle.

(*R. S. M.*, I, 207 ; II, 745 ; III, 637 ; IV, 551 ; VIII, 642 ; XI, 176 ; XIV, 614 ; XVI, 569 ; XXII, 254, 595, 599, 600 et 601 ; XXIII, 215). J.B.

I. — Ueber Geburten bei älteren Erstgebärenden in der Privatpraxis (Les accouchements de primipares âgées dans la clientèle privée), par P. GRENSER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 19, p. 651, 1er octobre* 1882).

II. — Complication von Schwangerschaft und Uteruscarcinom (3 cas de grossesse compliquée de cancer utérin), par BISCHOFF (*Idem, n° 14, p. 460, 15 juillet* 1881).

III. — Hémorrhagie latente du placenta pendant l'accouchement, par LOEHLEIN (*Berlin. klin. Woch., n° 37, p. 542, 12 septembre* 1881).

IV. — Therapie des Nabelschnurvorfalles (Traitement de la procidence du cordon), par MOXTER (*Thèse Berlin,* 1882).

V. — Spontane Abtrennung der vorderen Hälfte der Portiovaginalis während der Geburt (Détachement spontané de la moitié antérieure du museau de tanche, pendant l'accouchement), par LOEHLEIN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 31, *p.* 453, 1er *août* 1881).

VI et VII. — Eigenthümliches Geburtstrauma (Lésions du fœtus pendant l'accouchement), par MŒRICKE et par FLAISCHLEN (*Idem*, *n°* 35, *p.* 510, 29 *août* 1881).

VIII. — Tod einer Frucht durch Blutung unter die Amnioscheide des Nabelstranges (Un cas de mort du fœtus par hématome du cordon ombilical), par Siegfried STOCKER (*Corresp-Bl. f. schweiz. Aerzte*, *n°* 4, *p.* 87, 15 *février* 1884).

I. — Les accouchements de primipares âgées sont plus fréquents dans la pratique privée qu'à l'hôpital. Sur 42 accouchements de ce genre chez des femmes âgées de 30 à 45 ans, 3 seulement ont pu se passer de toute intervention. Grenser a fait 24 applications de forceps. Les présentations irrégulières sont plus communes que chez les autres femmes. 20 de ces primipares ont eu une déchirure du périnée.

La durée moyenne du travail a été de 25 heures 28 ; relativement au sexe des enfants, les garçons étaient deux fois plus nombreux. Des 43 enfants (une femme a eu un accouchement gémellaire) aucun n'a succombé pendant l'accouchement, mais 6 étaient mort-nés.

La morbidité pendant les couches a été un peu supérieure à celle observée dans les cliniques, mais la mortalité puerpérale a été nulle. (R. S. M., I, 757; VI, 540 ; XV, 197.)

II. — Malgré la rareté relative de la coïncidence d'une grossesse avec un cancer utérin, Bischoff a eu l'occasion d'en observer 3 exemples en 8 mois.

Premier cas. — Femme de 41 ans. 7 accouchements antérieurs faciles, le dernier il y a quatre ans et demi. Dans la première moitié de la grossesse actuelle, pertes sanguines revenant toutes les quatre semaines ; plus tard, écoulement inodore.

Dans le neuvième mois, survinrent brusquement des hémorragies profuses, arrêtées par des injections d'eau très chaude et par le tamponnement. On constata alors l'existence d'un carcinome du canal cervical. Le 17 décembre 1879, opération césarienne avec extraction d'un enfant vivant, puis, immédiatement après, extirpation de l'utérus, suivant la méthode de Freund. Le vagin se trouvait envahi par la dégénérescence. L'opérée succomba rapidement dans le collapsus.

A l'autopsie, on s'aperçut que l'uretère gauche avait été lié.

Deuxième cas. — Femme ayant eu 12 enfants. Depuis trois ans, flueurs blanches, et depuis quelque temps, signes d'une nouvelle grossesse. Le 4 juin, métrorragie violente avec douleurs utérines expulsives. A l'examen on reconnaît, outre la grossesse, la présence d'une tumeur utérine, bosselée, de la grosseur des deux poings. Bischoff l'enlève avec l'anse galvanocaustique, les pinces et la curette tranchante. Les douleurs du travail s'étant arrêtées, il applique le forceps et retire une enfant vivante, non à terme, pesant 2,700 grammes. Les suites de couches furent apyrétiques, mais des nodosités cancéreuses se reformèrent sans cesse dans les culs-de-sac et sur le col.

Troisième cas. — Femme de 42 ans ; 6 accouchements antérieurs. Le 6 août, Bischoff sent au côté gauche du cana cervical une nodosité de la grosseur d'une noisette ; ballottement de la tête fœtale. Injections chaudes

comme ecbolique. Naissance d'une fillette vivante de 2,750 grammes. Le 16 août, ablation de la tumeur ; incision horizontale à la face antérieure du col ; isolement du col avec les doigts et destruction avec l'anse galvano-caustique. Guérison.

Bischoff relève l'identité des âges de ces trois malades ainsi que le grand nombre de leurs accouchements, dont les traumatismes semblent avoir excité le développement du néoplasme (R. S. M., II, 219 et 737).

III. — Lœhlein présente un placenta, contenant, dans deux dépressions ombiliquées, deux caillots solides qui, réunis, couvrent largement un tiers de la surface utérine.

Cette hémorragie placentaire, restée absolument latente, s'est produite, sans aucune des causes habituelles, à la fin de la période de dilatation, chez une primipare, atteinte de néphrite de la grossesse, qui mit spontanément au monde un enfant mort.

IV. — En cas de procidence du cordon dans les présentations du sommet, on a le choix entre la réduction du cordon et la version. La majorité des auteurs préfèrent n'effectuer la version et l'extraction qu'après avoir échoué dans la réduction du cordon. Cependant, à la Maternité de Munich, en 1880, Hecker en était venu à préconiser la version immédiate.

Peu à peu cette manière de voir a prévalu également à la clinique de Gusserow.

Ainsi, dans 7 accouchements successifs avec tentatives de réduction, on n'amena que 3 enfants vivants, car les quatre fois où cette réduction fut impossible, malgré la version consécutive, les enfants vinrent morts.

D'autre part, dans 30 accouchements où l'on recourut immédiatement à la version, 26 fois les enfants furent extraits vivants.

Moxter conclut que, dans les présentations de sommet avec cordon procident, lorsque les conditions sont favorables à la version, il faut la pratiquer d'emblée, sans tenter la réduction du cordon, qui doit être réservée aux cas où l'état du col utérin ou celui de la tête fœtale ne permettent pas la version.

V. — Primipare de 38 ans, à bassin rétréci suivant tous les diamètres. Le travail durait depuis 54 heures, lorsqu'on fit, par le forceps, l'extraction d'un enfant vivant, bien développé.

La moitié antérieure de l'anneau formé par le museau de tanche, arrachée en travers, s'était rétractée en arrière et placée au voisinage du promontoire. Lœhlein compléta, avec des ciseaux, la section des faibles connexions qui restaient avec la lèvre postérieure. Guérison.

Ici la prédisposition à la rupture transversale doit être cherchée dans la résistance anormale des tissus chez une primipare âgée. Au contraire, Lœhlein a observé une séparation totale du museau de tanche chez une multipare, dans un cas de rétrécissement antéro-postérieur du bassin, où le fœtus était très volumineux et où il existait des varicosités du vagin et du col. Dans ce dernier fait, c'était la friabilité des tissus qui avait prédisposé à la déchirure. (R. S. M. XVIII, 169.)

VI. — Rétrécissement rachitique du bassin. Présentation du sommet en première position. Les tentatives d'extraction de la tête finissent par réussir, mais l'enfant, mort-né, avait une fracture du maxillaire inférieur gauche, situé en avant.

VII. — Rétrécissement pelvien antéro-postérieur avec épine saillante à la face postérieure de la paroi antérieure. L'enfant né vivant, offrait au niveau de la partie du crâne placée en avant, une dépression en gouttière, parallèle à la suture coronale.

VIII. — Femme de 22 ans dont la grossesse a été normale. Trois jours avant le début du travail, les mouvements fœtaux deviennent tumultueux, puis cessent définitivement. L'enfant se présentait en deuxième position de sommet, les sutures crâniennes étaient relâchées et l'on ne percevait pas les bruits du cœur. Le forceps amena sans difficulté un enfant à terme, bien développé, mais mort.

A peu près à mi-longueur du cordon ombilical se trouvait, sur le côté, une tumeur bleuâtre, du volume d'un œuf de pigeon, qui occupait la moitié de la circonférence du cordon.

Au niveau de la tumeur, la veine ombilicale avait le calibre d'une noisette et était remplie par un caillot ferme, mais non organisé. Ce caillot enlevé, on aperçut dans la paroi du vaisseau un orifice déchiqueté, laissant passer une tête d'épingle. Par cette ouverture, le caillot intra-veineux se continuait en dehors du vaisseau avec un caillot dense, placé immédiatement au-dessous de la gaîne amniotique.

Les artères ombilicales étaient un peu déplacées, mais perméables.

Stocker estime que la thrombose veineuse a été la cause de mort du fœtus.

J. B.

Der Einfluss des Lebensalters auf die Geburt Erstgeschwangester (Influence de l'âge sur l'accouchement chez les primipares), par Ludwig KLEINWACHTER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band X, p.* 176, 1884).

On s'est beaucoup occupé des particularités que présente l'accouchement chez les primipares âgées (*R.S.M.*, XV, p. 197 et XXIII, p. 600). L'auteur étudie la question à un point de vue plus général, et se demande quelle influence exerce l'âge de la femme sur son premier accouchement : en d'autres termes, quelle différence présente l'accouchement d'une primipare : 1° lorsque la primipare est très jeune (16 à 19 ans) ; 2° lorqu'elle est d'un âge moyen (20 à 29 ans) ; 3° lorsqu'elle a dépassé l'âge moyen (30 à 41 ans). Ces divisions sont artificielles, mais elles sont nécessaires pour établir une certaine précision dans la question. Voici les principales conclusions de l'auteur :

1° Les complications de la grossesse, qu'elles soient ou non sous la dépendance de la grossesse, atteignent leur maximum de fréquence chez les primipares âgées ; les primipares très jeunes viennent en seconde ligne. Les hémorragies pendant la grossesse font exception à cette règle ; c'est chez les primipares jeunes qu'elles sont les plus fréquentes, et chez les primipares âgées qu'elles sont le plus rare ;

2° L'hydramnios paraît indépendant de l'âge ;

3° La prolongation de la durée de l'accouchement au delà du temps normal (18 heures, 14 minutes, d'après l'auteur), s'observe surtout chez les primipares âgées et jeunes : et cette prolongation est due aux fausses douleurs qui sont surtout fréquentes chez les primipares âgées.

La durée de l'accouchement augmente en raison directe de l'âge, et l'augmentation de durée porte exclusivement sur la première période.

4° La fréquence des ruptures du périnée, des hémorragies puerpérales, des affections rénales et des œdèmes sans lésions rénales augmente

en proportion de l'âge des primipares. Les inflammations de la mamelle diminuent, au contraire, de fréquence en proportion de l'âge;

5° Le maximum de morbidité et de mortalité s'observe chez les primipares âgées, le minimum chez les primipares d'âge moyen. Il en est de même de la fréquence des avortements spontanés;

6° Il y a un certain nombre de présentations anormales dont la fréquence augmente avec l'âge des primipares : ce sont surtout les présentations anormales du pelvis et du crâne;

7° Les grossesses gémellaires augmentent de fréquence avec l'âge des primipares; les malformations congénitales sont moins fréquentes chez les primipares âgées;

8° La mortalité des enfants augmente avec l'âge des primipares.

Les recherches de l'auteur ont été faites à la clinique d'Inspruck, et portent sur une série de 920 primipares. H. DE BRINON.

Occlusion of the os uteri during pregnancy, par Thomas-C. SMITH (*Amer. journal of obstetrics, p.* 472, *mai* 1884).

Smith, après avoir rapporté deux cas intéressants d'occlusion de l'orifice utérin, qu'il a observés dans sa clientèle, passe en revue l'étude de cette affection.

Il en existe trois variétés : l'une produite par une simple agglutination de l'orifice amenée par le desséchement local du mucus ; l'autre par la formation d'une fausse membrane, et enfin la troisième par l'existence de tissu cicatriciel.

Fait remarquable, on voit chez certaines femmes l'occlusion du col se produire à plusieurs accouchements consécutifs. Playfair l'a observée dans deux grossesses successives; Ashwell dans quatre accouchements consécutifs.

Meadows préconise l'expectation dans la thérapeutique de cette affection; il faut se fier aux ressources de la nature et n'intervenir que lorsqu'elle se déclare impuissante. La plupart des auteurs, au contraire, conseillent l'intervention précoce. Il faut aller ouvrir le col soit avec le doigt, soit avec un instrument mousse. Dans certains cas on devra avoir recours au bistouri, tantôt pour couper le tissu cicatriciel, tantôt pour créer une voie à travers le tissu normal de l'utérus (opération césarienne vaginale).

Smith, en terminant, mentionne trois cas où les accoucheurs crurent devoir pratiquer l'opération césarienne véritable, et dans les trois cas le résultat fut heureux. AUVARD.

Ueber das unstillbare Erbrechen der Schwangeren (Des vomissements incoercibles de la grossesse), par M. HORWITZ (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band IX, Heft* 1).

A l'expression d'incoercibles, qui ne s'applique qu'à une phase de l'affection, l'auteur préfère l'expression adoptée par Gueniot de « vomissements pernicieux des femmes grosses ».

L'auteur distingue deux formes de vomissements des femmes grosses : une forme légère (vomissements habituels); une forme grave (vomissements incoercibles ou mieux pernicieux).

D'une statistique de 157 cas recueillis par l'auteur, il résulte que les vomissements habituels de la grossesse débutent le plus souvent vers la

10e ou 11e semaine. Il est très rare que ce début soit brusque. Le plus souvent les vomissements sont précédés d'une série de phénomènes morbides du côté de l'appareil digestif, et en particulier de nausées. Les nausées se montrent habituellement dès la 3e ou 4e semaine qui suit la fécondation. Les vomissements se prolongent d'autant plus longtemps que la période prémonitoire a été plus courte et réciproquement. Le même rapport existe au point de vue de l'intensité des accidents entre les deux périodes. Les vomissements habituels de la grossesse ne ressemblent pas aux vomissements qu'on observe dans les différentes maladies de l'estomac. Ils se produisent très facilement, presque sans douleur, le plus souvent sans être précédés de nausées, et ressemblent beaucoup aux vomissements des enfants. Ils sont plus fréquents chez les primipares que chez les multipares.

La forme grave comprend 2 périodes : dans la première les vomissements ne se produisent que de loin en loin dans la journée : l'appétit conservé au début, disparaît bientôt. Il y a souvent du ptyalisme, de la mélancolie. Dans certains cas, on observe une hyperesthésie particulière du sens olfactif (hyperosmie) phénomène que l'auteur n'a pas vu signalé, et qui peut atteindre une intensité extraordinaire (2 observations).

Dans la 2e période, les vomissements deviennent incessants. Par suite du défaut de nourriture et de repos, l'amaigrissement et la perte des forces font de rapides progrès. Il y a le plus souvent de la constipation, rarement de la diarrhée. La quantité d'urine est notablement diminuée, et cette diminution est en rapport avec la gravité de la maladie. L'urine est modifiée dans sa composition; elle est moins aqueuse, et renferme une assez grande quantité d'albumine. L'auteur n'a jamais constaté de fièvre dans la première période; à peine dans la seconde période a-t-il noté une légère élévation fébrile (3/4 de degré) : ces mouvements fébriles sont toujours très irréguliers et d'une faible intensité. Le pouls présente souvent de la fréquence (110 à 120 p.). L'intelligence reste intacte jusqu'aux 2 ou 3 derniers jours.

Au point de vue étiologique, les conditions de races semblent jouer un rôle important. Très fréquents en France, assez fréquents en Angleterre, les vomissements incoercibles paraissent être très rares en Allemagne, et assez rares en Russie. L'auteur, qui est Russe, a observé en 20 ans 11 cas dont 5 ont nécessité l'accouchement prématuré artificiel; il a observé en outre 12 cas de vomissements incoercibles liés à des grossesses extra-utérines.

L'affection est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares. Le nombre des cas dans lesquels le point de départ est purement réflexe est assez restreint. Dans un très grand nombre de cas, à l'action purement réflexe vient s'ajouter l'influence de lésions anatomo-pathologiques des organes génitaux, et surtout de l'utérus. Les versions et flexions de l'utérus n'ont pas une influence aussi considérable que l'ont admis certains auteurs (G. Hewitz). Ces déviations n'ont d'importance que lorsqu'elles sont l'expression d'altérations pathologiques déterminées des parois utérines. L'inflammation du col et du canal cervical (H. Bennett) a beaucoup moins d'influence que l'inflammation du corps et du fonds de l'utérus. L'inflammation de l'enveloppe péritonéale de l'utérus joue un rôle incontestable dans certains cas. Peut-être est-elle le point de départ

des vomissements incoercibles dans les grossesses extra-utérines. — Les vomissements incoercibles coïncident parfois avec des lésions graves de l'estomac et de l'intestin. Bien que dans ces cas le point de départ des vomissements soit l'altération d'une portion déterminée du tube digestif, la grossesse n'en joue pas moins le principal rôle, en développant les vomissements qui jusqu'alors avaient manqué, ou n'avaient été que peu intenses.

Le diagnostic des vomissements incoercibles ne présente aucune difficulté. L'existence d'une lésion du tube digestif ayant servi de point de départ à l'affection peut rester inconnue jusqu'à l'autopsie.

Le pronostic de l'affection arrivée à la 2e période est très grave (mortalité 44 0/0 d'après Joulin).

Traitement. Parmi les moyens qui lui ont donné quelques succès, l'auteur signale la teinture d'iode (deux gouttes dans un verre d'eau sucrée). Le bromure de potassium n'agit que comme calmant et procurant un peu de sommeil. Le nitrate d'argent à l'intérieur n'a donné aucun résultat.

Les lavements nutritifs permettent de soutenir les forces de la malade; blancs d'œuf mélangés avec 1 fois et demie leur poids d'eau, ou viande hachée (150 gr.) additionnée de 50 grammes de pancréas haché et de 100 grammes d'eau chaude.

La scarification des lèvres du col est indiquée dans certains cas.

La cautérisation du col avec le nitrate d'argent (Munvy) n'a donné aucun résultat à l'auteur.

Il est quelquefois utile de ramener l'utérus à sa position normale; l'auteur emploie dans ce but des éponges imbibées de glycérine, qu'il applique dans le cul-de-sac vaginal après avoir redressé l'utérus et laisse en place de 3 à 6 heures. Les pessaires doivent être mis de côté en raison de l'irritation qu'ils déterminent. La dilatation du canal cervical avec le doigt, préconisée par Copeman, est restée infructueuse dans deux cas où l'auteur l'a employée. Lorsque tous les moyens ont échoué, et que la vie de la malade se trouve en danger, il faut recourir à l'avortement artificiel ou à l'accouchement prématuré artificiel. L'opération sera d'autant plus efficace qu'elle sera pratiquée plus tôt.

Pour obtenir l'avortement, l'auteur administre pendant quelques jours des douches vaginales chaudes. Le col est alors dilaté à l'aide de deux ou trois applications de Tupelo : ce n'est qu'après avoir décollé en plusieurs temps les membranes de la paroi interne de l'utérus, et lorsque les douleurs paraissent s'affaiblir, que l'on perfore la poche des eaux avec la sonde. Sur les 8 cas pratiqués par l'auteur, il n'y a jamais eu ni rétention de membrane, ni hémorragie considérable. H. DE BRINON.

Zur Therapie der durch Carcinom des Uterus complicirten Schwangerschaft und Geburt (Du carcinome utérin considéré comme complication de la grossesse et de l'accouchement et de son traitement), par Alfred GÖNNER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band X, Heft* 1).

A la clinique de Bâle, il y a eu dans l'espace de 2 ans et demi, 6 accouchements compliqués de cancer utérin : la moyenne des accouchements est de 250 à 300 par an.

1er *cas.* — Cancer du col. Opération de Freund combinée avec l'opération

césarienne. Transfusion, enfant vivant; mort de la mère 9 heures après l'opération.

2e *cas.* — Carcinome du col et du vagin. Extirpation de la tumeur par le vagin avec l'anse galvano caustique et la curette. Forceps. Mère et enfant vivants. 2 opérations consécutives. Mort 9 mois et demi après de la généralisation.

3e *cas.* — Carcinome du col : accouchement prématuré artificiel, ablation de la tumeur, 8 jours après l'accouchement. Guérison. L'opération date du 15 août 1880 : il n'y avait pas de récidive à la fin de février 1883. L'examen microscopique ne paraît avoir été fait dans aucun des 6 cas.

4e *cas.* — Carcinome du col. Ablation partielle immédiatement avant l'accouchement : Forceps. L'enfant en état d'asphyxie, ne peut être rappelé. Ablation du reste de la tumeur avec le thermocautère avant la sortie de la malade (avril 1881).

Depuis cette époque, la malade a eu un avortement et une grossesse molaire. A la fin de septembre 1883, il n'y avait pas trace de récidive.

5e *cas.* — Carcinome de l'utérus et du vagin. Ablation avant l'accouchement avec l'anse galvanocaustique. Forceps. Enfant vivant. Mort 3 mois après.

6e *cas.* — Carcinome du col et du vagin. Ablation et incisions avant l'accouchement. Forceps. Enfant vivant. Mort 4 mois et demi après.

Dans les 6 cas, il s'agissait de multipares, de 27 à 41 ans. Le début de l'affection ne paraissait pas remonter au delà de la grossesse, et pourtant dans 5 cas au moins le développement de la tumeur était considérable.

Dans 1 cas seulement, il n'a pas été nécessaire d'intervenir avant l'accouchement, et celui-ci a pu se terminer heureusement par les seules forces de la nature; mais il manquait encore 5 semaines pour atteindre le terme normal de la grossesse.

De ces faits, l'auteur tire les conclusions suivantes au point de vue thérapeutique :

La laparotomie n'est indiquée que lorsque la tumeur a gagné le cul-de-sac vaginal et le vagin, et que son ablation, indispensable pour ouvrir un passage à l'enfant, ne peut se faire sans entraîner l'ouverture de la vessie, du rectum ou du péritoine.

Dans toute autre circonstance, il faut attendre le commencement des douleurs ; observer pendant ce début du travail quelles sont les parties à enlever ou les points à inciser; enlever pendant le sommeil chloroformique toutes les parties de la tumeur que l'on peut atteindre sans léser la vessie, le rectum ou le péritoine. Lorsque la dégénérescence se présente sous la forme d'infiltration, des incisions suffisent. L'hémorragie est en général peu considérable. Terminer rapidement l'accouchement, avec le forceps si la tête se présente; hâter la délivrance et pratiquer une injection phéniquée chaude dans l'utérus. Pour éviter l'infection par les tissus cancéreux qui restent, cautériser ces tissus avec l'acide phénique liquide (90 0/0) et tamponner. On peut obtenir ainsi des suites de couches complètement apyrétiques et normales. H. DE BRINON.

Carcinoma Uteri als Complication von Schwangerschaft und Geburt (Cancer de l'utérus dans la grossesse et l'accouchement), par FELSENREICH (*Wien. med. Presse*, n° 33 *et suiv.*, 1883).

Quand on observe dans le cours de la grossesse un cancer du col facilement opérable, il faut, suivant l'auteur, se hâter d'en pratiquer l'extir-

pation, même si l'on pense que les ganglions du petit bassin sont déjà envahis par le néoplasme. Voici une observation intéressante à ce point de vue :

Une femme de 32 ans, grosse de quatre mois, entre le 25 avril 1877 dans le service de Böhm, se plaignant de douleurs de ventre et de lombago. Elle a eu, après le début de la grossesse, un écoulement de liquide analogue à l'eau de chaux. On constate dans la lèvre postérieure du col un cancer gros comme une petite pomme constituant une tumeur à base large.

Böhm extirpe la tumeur avec l'écraseur, la plaie guérit et la malade quitte l'hôpital le 24 mai. Elle revient à la fin de septembre et le 7 octobre, après 45 heures de travail, elle accouche d'un enfant pesant 3 kilogrammes.

Le travail a été ralenti par la résistance du tissu cicatriciel de la lèvre postérieure. On constate à droite de l'utérus une tumeur dure assez volumineuse qui paraît être un paquet ganglionnaire cancéreux. Péritonite suppurée, et mort le 13 octobre.

Autopsie.— Cicatrices anciennes aux sommets des poumons renfermant des masses caséeuses. Quelques excroissances sur le bord libre de la valvule mitrale. Péritonite suppurée générale.

Les trompes sont remplies de pus. Infiltration purulente du tissu cellulaire du petit bassin. Le ligament large droit contient une tumeur volumineuse molle, carcinomateuse qui a comprimé l'uretère droit ; de là dilatation des calices et du bassinet et nombreux abcès miliaires dans le rein droit. Cette tumeur se prolonge dans la fosse iliaque interne et en avant de la colonne vertébrale. Tous les ganglions de la région sont donc intéressés.

Dans les cas désespérés pour la mère, quand le cancer a envahi une partie du corps de l'utérus, il faut, dans l'intérêt de l'enfant, attendre la fin de la grossesse et pratiquer alors l'opération césarienne.

En général les malades atteintes de carcinome du col ne consultent pas pendant la grossesse. L'accoucheur doit pratiquer l'excision du col immédiatement après la délivrance : l'opération est moins dangereuse à ce moment que dans les périodes consécutives. C'est alors aussi qu'on peut tenter l'opération radicale.

Voici un cas où l'intervention de l'auteur a donné un résultat favorable, au moins temporairement.

Femme de 30 ans, ayant eu six enfants. Au sixième mois de la grossesse, elle aune métrorragie inquiétante. A la fin du huitième mois, le 28 février, écoulement des eaux ; les douleurs commencent le lendemain ; le 4 mars elle entre à la clinique. On trouve un cancer qui occupe la portion vaginale et moyenne du col. Comme l'accouchement spontané est impossible, l'auteur excise le néoplasme, obtient ainsi une large ouverture, désinfecte, fait la version (il y avait une présentation de la tête) et extrait l'enfant vivant qui pèse 2,070 grammes. Nouveau lavage, puis attraction de l'utérus en bas et excision sous-vaginale, après ligature en masse des ligaments larges. L'espace de Douglas est ouvert sur une étendue de trois doigts. Pansement à l'iodoforme. Le troisième jour fistule vésico-vaginale, qui est suturée après avivement des bords. Guérison. L'auteur revoit son opérée cinq mois après l'accouchemeut et constate un état satisfaisant. L. GALLIARD.

I. — Sind gegen uterine Blutungen heisse oder kalte Irrigationen wirksamer par E. SCHWARZ, (*Centralblatt f. Gynæk.*, *n°* **241**, 19 *avril* 1884).

II. — Zur Frage : Sind gegen uterine Blutungen heisse oder kalte Irrigationen wirksamer ? par M. GRAEFE (*Centralblatt f. Gynæk.*, *p.* 323, *mai* 1884).

I. — Schwarz rapporte deux cas où ayant à lutter contre des hémor-

ragies de la délivrance, des injections d'eau chaude ne lui permirent d'arrêter l'écoulement que momentanément, et il dut rapidement avoir recours soit à la glace, soit à l'eau froide. Ce dernier moyen réussit parfaitement alors que le précédent avait échoué.

L'auteur adresse aux injections d'eau chaude les objections suivantes : 1° elles sont douloureuses, tandis que celles d'eau froide ne le sont pas ; 2° si elles ne sont pas suffisamment chaudes, notablement au-dessus de 50°, au lieu d'amener l'arrêt du sang, elles ne semblent que le favoriser, elles n'exercent aucune action hémostatique ; 3° quand elles sont trop chaudes, elles paralysent l'utérus et empêchent ensuite l'action de tout autre moyen. C'est ainsi que Schwarz a pu observer un cas dans la clientèle d'un de ses collègues, où une injection semblable amena une inertie incurable de l'utérus; la femme succomba d'hémorragie.

Pour ces différentes raisons Schwarz, qui un moment avait été partisan des injections d'eau chaude, revient absolument à l'emploi de l'eau froide.

II. — Graefe publie un cas analogue aux deux précédents observés par Schwarz : insuccès par l'eau chaude dans une hémorragie *post partum* et succès par l'emploi de l'eau froide. Mais par contre il rapporte une observation où, dans des conditions analogues, l'eau froide fut employée sans heureux résultats, alors que l'eau chaude qu'on lui substitua amena immédiatement l'arrêt de l'hémorragie.

Graefe mentionne trois cas analogues publiés, deux par Runge (*Berlin. klin. Wochenschrift*, n° 13) et un par Bloch (*Med. journal*, 1882, n° 22). Ces quatre cas, au passif des injections d'eau froide, prouvent qu'aucun des deux moyens n'est infaillible, et qu'en se basant uniquement sur les quelques cas connus il est impossible de se prononcer plutôt pour l'eau chaude que pour l'eau froide.

Néanmoins, dans la grande majorité des cas, l'eau chaude paraît actuellement être le meilleur moyen. C'est le plus en vogue déjà depuis assez longtemps, et s'il était passible de reproches sérieux, il est probable que cette vogue n'aurait pas été de si longue durée.

Cependant si dans la majorité des cas l'eau chaude est suffisante, dans des cas exceptionnels, il se peut qu'elle ne suffise pas, et alors on se trouvera fort bien d'employer successivement l'eau chaude, puis l'eau froide. Grâce à cette combinaison, soit à cause du contraste entre les deux moyens, soit à cause de leur action différente, l'eau chaude, d'après Richter, agirait de préférence en amenant un gonflement des tissus périvasculaires, et l'eau froide en faisant contracter la fibre utérine, on obtiendra des effets bien plus puissants. Des hémorragies contre lesquelles l'eau chaude aurait échoué seule, seront guéries par l'emploi ultérieur de l'eau froide, et réciproquement. Ce sont là des résultats que le médecin ne doit pas perdre de vue. AUVARD.

The removal of the after birth, par Henri-F. GARRIGUE (*American Journal of obstetrics, p.* 486, *mai* 1884).

Garrigue est un partisan de la délivrance par expression, et l'article qu'il publie est un chaud plaidoyer en faveur de cette méthode. Sur 406 cas observés dans son service hospitalier, six fois seulement la

méthode a échoué, parce qu'il existait des conditions spéciales empêchant la sortie du placenta; dans tous les autres cas, l'expression a fourni les meilleurs résultats.

Les avantages fournis par la méthode d'expression, sont les suivants : Certitude avec laquelle le but recherché est obtenu, le placenta sort d'habitude sans difficulté sous l'influence de la pression exercée par les mains; 2° imitation exacte du processus naturel; on ne fait, en effet, que renforcer la contraction utérine ; 3° prévention de l'hémorragie qu'amènent souvent les tractions sur le cordon; 4° prévention de l'enchatonnement du placenta (Hourglass contraction), qu'on observe surtout dans les cas où on attend trop longtemps pour pratiquer la délivrance; 5° prévention de l'inversion utérine ; 6° prévention de la rupture du cordon; 7° enfin prévention de l'infection puerpérale. En effet, avec cette méthode, après la sortie de l'enfant, point n'est besoin de toucher au canal génital.

AUVARD.

Die combinirte Wendung bei Placenta prœvia (La version combinée dans les cas de placenta prœvia), par Ch. BEHM (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band IX, Heft* 2).

L'auteur formule ainsi la conduite à tenir dans les cas de placenta prœvia. Toutes les fois que l'hémorragie est profuse, ou qu'elle ne s'arrête pas après quelques jours de repos et de traitement par les opiacés, il y a lieu de pratiquer immédiatement la version combinée. Si le col est encore conservé et rigide, si l'orifice interne est fermé, la version sera précédée de l'emploi du colpeurynter : dans la plupart des cas, quelques heures d'application du colpeurynter suffisent pour effacer le col. L'auteur condamne absolument le tamponnement avec le coton à cause du danger de septicémie. Pour pratiquer la version combinée, il suffit que le col permette l'introduction de deux doigts pour saisir le pied. La version une fois pratiquée et le siège appliqué sur l'orifice utérin, l'hémorragie s'arrête régulièrement, la cuisse ou le siège du fœtus constituant un tampon excellent. Il faut alors attendre ou la dilatation complète du col pour pratiquer l'extraction, ou mieux l'expulsion spontanée du fœtus. En un mot, intervention prompte pour pratiquer la version combinée et extraction aussi lente que possible. L'auteur pratique toujours l'opération pendant le sommeil chloroformique. Pour combattre l'anémie, il emploie exclusivement les injections d'éther et l'administration d'analeptiques. L'autotransfusion et l'injection (artérielle) de solution de chlorure de sodium ne lui ont donné que de mauvais résultats. Sur 53 cas de placenta prœvia qu'il a observés, les 13 premiers, traités par la méthode du tamponnement, ont donné 4 morts (pour les mères). Dans les quarante cas traités par la version combinée, toutes les mères ont été sauvées; la mortalité pour les enfants a été de 77,5 0/0. L'auteur n'hésite pas à prendre, pour la méthode qu'il préconise la responsabilité de cette mortalité considérable des nouveau-nés. Le but à atteindre pour lui est, avant tout, de sauver la vie de la mère, bien plus précieuse que celle de l'enfant : « Si pour sauver toutes les mères, il fallait sacrifier tous les enfants, dit-il, l'accoucheur devrait avoir le courage de « les laisser mourir. » (*R. S. M.*, XVI, 575; XXII, 598; XXIII, 214).

H. DE BRINON.

Ein Fall von Verhaltung einer Placenta succenturiata (Rétention d'un placenta succenturié), par HAUSSMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 40, *p.* 615, 1er *octobre* 1883).

En réunissant 11,134 accouchements dus à Hugenberger, à F. Winckel et à Richter, on trouve que la proportion du placenta succenturié est de 1 sur 371.

Généralement le placenta supplémentaire, ou bien est spontanément expulsé après l'accouchement, ou bien trouble les suites de couches en donnant lieu à des hémorragies ou à une infection puerpérale. Il est exceptionnel qu'on en reconnaisse l'existence, comme dans le fait ci-dessous, au moment même de la délivrance, de façon à pouvoir intervenir à propos.

Primipare à terme, accouchée spontanément. La matrice se contractait mal et la délivrance par expression utérine réclama beaucoup de temps. Une fois que le placenta fut arrivé entre les cuisses de la femme, Haussmann le releva pour amener au dehors les membranes de l'œuf encore dans les voies génitales, mais il éprouva une résistance et la sensation très nette de ruptures multiples, différente de celle qu'on perçoit lorsque la traction exagérée des membranes les fait déchirer.

En introduisant le doigt jusque dans l'utérus pour aller à la recherche de l'obstacle, il reconnut l'existence d'un tissu placentaire à la paroi postérieure de l'organe, immédiatement au-dessus de l'orifice interne. Une fois cette masse extraite, l'utérus se contracta énergiquement. Les suites de couches furent parfaitement simples.

Le placenta extrait par la méthode d'expression était arrondi et ne se distinguait d'un placenta ordinaire que par sa petitesse, par le faible développement et l'aplatissement de ses cotylédons. Quant au lobe extrait avec la main, il était allongé, à peu près linguiforme, ayant une longueur d'un peu plus de 9 centimètres et une largeur variant de 5 à 2 centimètres, suivant les points ; ses cotylédons étaient plus élevés que ceux du placenta proprement dit et il s'insérait aux mêmes membranes que celui-ci. (*R. S. M.*, X, 174 et XIX, 612). J. B.

Zur Therapie des puerperalen Uterusruptur, par T. KRONER (*Centralblatt f. Gynæk.*, 14 *juin* 1884).

Le drainage péritonéal appliqué aux ruptures externes se produisant par le fait de l'accouchement a perdu énormément de terrain depuis quelque temps. La plupart des auteurs en sont arrivés à penser que ce procédé était plutôt nuisible qu'utile. Kroner rassemblant tous les cas de ruptures traités sans drainage, et y joignant une observation personnelle, plaide contre le drainage.

Sur les 47 cas qu'il a pu rassembler, il y en a 19 où le péritoine était rompu (8 guérisons), 10 où il était intact (5 guérisons), 18 où l'état du péritoine est resté douteux (9 guérisons) ; en tout 25 morts, 22 guérisons.

Parmi ces 22 cas de guérison, il en était plusieurs de très sérieux ; dans 8 d'entre eux la rupture était complète avec passage partiel ou total du fœtus dans la cavité péritonéale ; dans un cas il y avait procidence de l'intestin par l'ouverture.

On voit que les résultats obtenus sans l'aide du drainage sont des plus satisfaisants, et sans avoir de statistiques complètes des cas traités avec drainage et permettant d'établir la balance entre les deux méthodes, on peut dire que le drainage péritonéal est devenu inutile dans les ruptures utérines. AUVARD.

A contribution to the etiology of some cases of septicemia accompanying lacerated cervix, par W. Wotkyn SEYMOUR (*Americ. Journal of obstetrics, p.* 352, *avril* 1884).

Le titre choisi par l'auteur ne nous semble pas absolument exact, étant donné l'intéressant article qui lui fait suite et nous aurions préféré le suivant : De l'hématocèle sous-péritonéale succédant aux déchirures du col utérin. C'est en effet sur l'accumulation possible du sang dans l'intérieur des ligaments larges, à la suite de déchirures étendues du col utérin, qu'insiste Seymour.

Dans cet article, trois cas, dont deux assez probants, de cette affection, sont publiés. Dans ces deux cas, la ponction aspiratrice fut faite et ramena dans l'un environ 50 grammes de sang pur ; dans l'autre, la même quantité de sérosité sanguinolente.

En présence de la possibilité de cet accident, il faut : 1° empêcher la descente trop rapide de la partie fœtale pour éviter la déchirure ; 2° rechercher avec un cathéter s'il y a communication de la solution de continuité avec l'intérieur des ligaments larges ; 3° laver le canal génital avec de l'eau chaude, pour rendre l'exploration plus facile ; 4° quand la déchirure supra-vaginale a été constatée, la traiter par des irrigations antiseptiques.

Seymour est persuadé qu'une recherche attentive de l'accident en question démontrera son assez grande fréquence ; il existerait, d'après lui, dans environ 1/100 des cas. AUVARD.

I. — Ueber die Zerreissungen des muskulösen Beckenbodens bei der Geburt. (Des déchirures du plancher musculaire du bassin pendant l'accouchement) par Friedrich SCHATZ (*Arch. für Gynækologie, Band XXII, Heft* 2).

II.—Die Zerreissung des Scheidengewölbes während der Geburt. (La déchirure du cul-de-sac vaginal pendant l'accouchement), par Justin SCHNEIDER (*Ibid., Band XXII, Heft* 2).

I. — Les déchirures peuvent porter sur l'un quelconque des trois systèmes musculaires qui forment par leur réunion le plancher musculaire du bassin. Les plus rares sont celles qui portent sur le système postérieur : muscles spinoso-coccygiens. L'auteur n'en a vu qu'un seul exemple, du côté gauche. Celles qui portent sur le système moyen, muscles ischio-coccygiens, ne sont pas très rares. Elles sont surtout faciles à reconnaître lorsque le système antérieur est intact ou a été restauré. Enfin les plus importantes et les plus fréquentes parmi ces déchirures, sont celles qui portent sur le système antérieur formé par les releveurs de l'anus. Les déchirures du releveur siègent le plus souvent sur la partie postérieure du muscle ; elles se produisent soit par distension, soit par écrasement : elles peuvent être sous-cutanées ou

sous-muqueuses, ou en communication avec une déchirure du vagin ou du périnée. Les déchirures du releveur se manifestent par la suppression plus ou moins complète de l'infundibulum anal et de la fente anale ; par l'élongation et l'élargissement de la vulve, elles ont pour conséquence très fréquente la chute et le prolapsus de la matrice.

Pour éviter la déchirure des muscles du périnée, il est utile de combattre la rigidité des parties molles, soit avant l'accouchement, soit pendant l'accouchement, par des moyens appropriés, bains, irrigations, dilatation par l'introduction de deux doigts. On doit surtout chercher à éviter les déchirures de la partie antérieure du muscle, qui sont à peu près irrémédiables, et dans ce but éviter la compression trop prolongée de la tête ou du forceps, sur le pubis. Le traitement de la déchirure récente consiste dans la suture profonde et avec des matériaux non susceptibles de résorption : la suture n'est possible que lorsque la plaie musculaire est à découvert.

Dans le cas de déchirure ancienne entraînant une chute de la matrice, l'auteur emploie un pessaire en écuelle.

II. — Il s'agit d'une multipare âgée de 34 ans. L'accouchement avait été spontané. La délivrance avait été faite par un médecin, après plusieurs tentatives infructueuses de la sage-femme. L'auteur appelé constate une déchirure transversale du cul-de-sac postérieur, permettant le passage de quatre doigts. Après avoir enlevé les caillots, il introduit dans le vagin un tampon de gaze listérienne, trempée dans une solution phéniquée à 3 0/0. Un lavage avec cette solution est pratiqué plusieurs fois par jour. Guérison sans aucun accident inflammatoire ou septique. Dans ce cas, il n'y avait pas de rétrécissement du bassin : le bassin était normal, il n'y avait pas de saillie du promontoire, pas de pointe osseuse ou de bords aigus. Il faut donc chercher la cause de cette déchirure dans une déviation de l'axe de la matrice par rapport à l'axe du bassin. La matrice était fortement inclinée en avant par suite du relâchement des parois abdominales; la paroi vaginale postérieure devait être fortement tiraillée et la déchirure a dû se produire soit pendant l'expulsion de l'enfant, soit au moment des tentatives de délivrance.

H. DE BRINON.

Ueber die Leitung der Placentarperiode und die Ursachen des Puerperalfiebers (De la conduite de l'accoucheur pendant la période de délivrance et des causes de la fièvre puerpérale), par O. DYSENFURTH (*Arch. für Gynækologie, Band XXII, Heft* 2).

L'auteur compare les résultats obtenus à la clinique de Giessen par la méthode d'expectation, et ceux que donne, à la clinique de Breslau, l'application de la méthode de Spiegelberg. A Breslau, dans le cours de trois années, l'auteur a enregistré sur 261 accouchements 4 hémorragies consécutives à l'accouchement : l'une de ces hémorragies, la seule qui ait mis en danger la vie de la femme était due à une déchirure vaginale, et par conséquent ne pouvait être mise sur le compte de la méthode de délivrance. A Giessen, Ahlfeld compte 13 hémorragies utérines sur 275 accouchements ; 3 de ces hémorragies mettent gravement en danger la vie de la femme, et l'une d'elles se termine par la mort. Dans 75 0/0 des cas, Ahlfeld est obligé d'intervenir pour retirer le placenta du vagin. L'expectation pure est donc applicable tout au plus dans un quart des

cas et elle paraît avoir pour conséquence immédiate une augmentation de fréquence des hémorragies graves.

D'après Ahlfeld, la fièvre puerpérale est due dans beaucoup de cas à la rétention de lambeaux de membranes, et la méthode expectante aurait précisément pour avantage d'exposer moins que les méthodes d'intervention, à l'abandon de débris de membranes. Cela ne ressort pas de la comparaison de deux statistiques : car la fièvre est plus fréquente à Giessen qu'à Breslau chez les accouchées; et il faut admettre que la rétention des débris de membranes n'y est à tout le moins pas plus fréquente. (*R. S. M.*, XVIII, p. 584.) H. DE BRINON.

Ueber 100 Fälle von Kraniotomie nebst Bemerkungen zur Stellung und Technik dieser Operation (100 cas de craniotomie : remarques sur l'indication et la technique de cette opération), par Adolph MERKEL (*Arch. f. Gynæk., Bd. XXI, Heft* 3).

L'auteur a réuni sous forme de tableaux les 98 cas de craniotomie qui ont été pratiqués à la clinique et à la policlinique de Leipzig, de 1877 à 1882. Pour compléter, il y joint 2 cas de 1883, dont l'un appartient à la clinique et l'autre à la policlinique. Au point de vue de la fréquence, il y a eu 23 craniotomies à la clinique sur 2,385 accouchements; et à la policlinique 75 sur 3,155 accouchements. La fréquence de la craniotomie s'explique par la fréquence des déformations et des rétrécissements du bassin dans la région de Leipzig.

Les 100 opérées se décomposent en : 32 primipares, 23 femmes à leur deuxième accouchement, 6 à leur troisième accouchement, 39 multipares. Au point de vue des présentations, on compte 82 présentations du sommet, 6 du front, 5 du tronc, 3 de la face, 3 autres présentations (épaule, etc.).

L'indication était : 36 fois la mort du fœtus; 6 fois, une maladie de la mère (parmi ces six cas, une rupture spontanée de l'utérus, un carcinome de la portion vaginale), 1 fois l'existence d'hydrocéphalie très avancée. Dans le reste des cas, l'opération a été pratiquée soit en raison de l'état d'épuisement des accouchées, soit par suite de la conviction acquise que l'accouchement ne pourrait pas se terminer spontanément. 64 fois, l'opération a été pratiquée sans attendre la mort du fœtus, et sans avoir fait aucune manœuvre de force.

61 enfants ont été pesés : le poids moyen, non compris le sang et le cerveau, a été de 3,239 grammes, 18 dépassaient 3,500 grammes, le maximum a été 5,500 grammes.

Parmi les vices de conformation du bassin prédominant le bassin plat (46 cas), le bassin plat et généralement rétréci (36). 9 bassins présentaient un rétrécissement du 3e degré (inférieur ou égal à 5,5). 6 bassins étaient normaux : l'opération a été nécessitée dans ces cas par une rigidité extrême (syphilis) des parties molles, un carcinome de la portion, une présentation transversale négligée, le volume exagéré de l'enfant 4,630 grammes et 4,050 grammes; l'hydrocéphalie.

93 fois l'opération a été précédée de la perforation du crâne; la perforation a été presque exclusivement pratiquée avec le perforateur en forme de ciseaux de Levret : le trépan n'a été employé que 3 fois. La réduction de volume de la tête et l'extraction ont été obtenues :

51 fois avec le céphalotribe ;
22 fois avec le cranioclaste ;
1 fois avec le forceps (après application du céphalotribe) ;
1 fois par la version après perforation.

La céphalotripsie a été pratiquée 7 fois sans perforation. La perforation n'a pu être évitée dans deux cas d'accouchement prématuré artificiel.

La mortalité a été de 8 0/0 ; chiffre très favorable, si on le compare à celui de 17 0/0 (Spiegelberg) ; 12 0/0 (P. Müller) ; 26 0/0 (Wiener) Les causes de mort ont été rupture spontanée de l'utérus, 1 cas ; typhus abdominal dans l'état puerpéral, 1 cas ; hémorragies graves, 2 cas ; péritonite ou infection septique, 4 cas. Dans un des cas mortels, il y avait eu blessure par l'instrument (céphalotribe) ; mais en somme la mortalité a été dans la même proportion avec les deux instruments. La mortalité a été notablement moins élevée à la policlinique qu'à la clinique ; elle a été aussi moins élevée dans les cas de perforation sur la tête première, que dans les cas de perforation sur la tête dernière. Le meilleur instrument suivant l'auteur est le céphalotribe (modèle de Busch). H. DE BRINON.

Ueber die Berechtigung des Kaiserschnittes an der Sterbenden und der mit ihm concurrirenden Entbindungsverfahren (De la valeur de l'opération césarienne pratiquée pendant l'agonie ; comparaison avec les autres moyens d'accouchement), par Max RUNGE (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band IX, Heft* 3.)

L'auteur cherche à préciser quelle doit être la conduite du médecin en présence d'une femme arrivée au terme de sa grossesse et menacée de mort prochaine, l'enfant étant vivant.

L'opération césarienne pendant l'agonie est-elle justifiée dans certains cas, et doit-elle être préférée aux autres moyens qui permettent de sauver la vie de l'enfant : l'accouchement prématuré artificiel, l'accouchement forcé et l'opération césarienne après la mort. Les conclusions de l'auteur sont tirées de l'analyse de six faits récents, qu'il a recueillis dans la littérature.

1re *Obs. pers.* — Méningite cérébro-spinale ; grossesse au 8e mois : les battements de l'enfant disparaissent un quart d'heure avant la mort de la mère. Opération césarienne immédiatement après la mort de la mère ; enfant mort.

2e *Obs.* (de LEYDEN). — Grossesse au 7e mois. Affection cérébrale à marche foudroyante. Accouchement prématuré artificiel. La mère succombe pendant l'extraction ; l'enfant est mort.

3e *Obs.* (ZWEIFEL). — Femme atteinte de tumeur cérébrale, apportée à la clinique à l'état d'agonie, enfant vivant. Opération césarienne après la mort ; enfant mort.

4e *Obs.* (SOMMERBRODT). — Tumeur cérébrale. Opération césarienne pendant l'agonie ; enfant vivant.

5e *Obs. pers.* — Affection cardiaque : la femme paraissant entrer en agonie, on prépare l'opération césarienne ; mais on s'aperçoit que l'accouchement est commencé et que les contractions sont énergiques. Version et extraction d'un enfant mort. La femme guérit.

6e *Obs. pers.* — Affection cardiaque. Accidents d'œdème pulmonaire aigu : l'auteur, consulté sur l'opportunité de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, conseille l'expectative. Une seconde attaque d'œdème pulmonaire emporte la femme. Opération césarienne *post mortem*. Enfant mort.

Voici les conclusions de l'auteur :

Le premier soin du médecin doit être d'atténuer les symptômes de l'affection maternelle, qui sont un danger pour la vie de l'enfant : température élevée longtemps prolongée, collapsus, troubles circulatoires. Si l'affection est incurable, la question de l'accouchement prématuré artificiel se présente en seconde ligne. L'accouchement prématuré artificiel est indiqué toutes les fois que la malade est dans l'impossibilité d'atteindre le terme normal de sa grossesse. Il est contre-indiqué toutes les fois qu'il existe des phénomènes menaçants : dans ces cas, il n'a d'autre résultat que de hâter la mort de la mère, et au point de vue du salut de l'enfant l'opération césarienne pendant l'agonie présente plus de chances. Lorsque l'accouchement débute spontanément sous l'influence de l'agonie, on peut le faciliter à l'aide de moyens non violents ; mais le résultat sera rarement favorable. Quant à l'opération césarienne *post mortem*, les faits publiés dans le cours des trois dernières années montrent que les chances de salut pour l'enfant sont très faibles. Il y a donc lieu de revenir à l'opération proposée par Lœvenhard. L'indication de pratiquer l'opération césarienne pendant l'agonie, existe lorsque les phénomènes que présente la mère doivent entraîner sa mort dans un délai de quelques heures, ou lorsque l'enfant est en danger de succomber avant la mère. Dans certains cas, en particulier dans les maladies de cœur, il est très difficile, sinon impossible, de poser cette indication; mais dans d'autres affections, tumeurs cérébrales, phtisie, carcinome, l'indication peut être nettement formulée à un moment donné. En tout cas, l'opération ne doit être entreprise qu'avec le consentement des plus proches parents (*R. S. M.*, XVII, p. 617). H. DE BRINON.

Vaginal Injectionen von Sublimat-lösungen im Puerperio. (Injections vaginales de solutions de sublimé chez les accouchées), par KEHRER (*Archiv für Gynækologie, Band XXII, Heft* 1).

L'auteur emploie la solution au 1/4000. Il fait une injection avant la première exploration, une immédiatement après la délivrance, et deux par jour pendant les suites de couches tant que dure l'écoulement lochial. Depuis le 1er avril 1882, l'orateur a ainsi traité 221 accouchées; 1/3 seulement a eu de la fièvre; les 2/3 n'ont jamais atteint 38 centigrades; avec l'acide phénique, il n'avait eu que 22 0/0 de ses accouchées complètement exemptes de fièvre. Le principal inconvénient est l'état de ratatinement dans lequel les injections fréquentes mettent le corps et le col. Il n'y a jamais eu de phénomènes d'intoxication que chez les accouchées qui avaient pris auparavant du mercure à l'intérieur; et ces phénomènes ont toujours été sans importance.

Prochownick dit que le personnel de l'hôpital d'Hambourg a beaucoup souffert de l'emploi du sublimé. Il y a eu jusqu'à des accidents de dysenterie. On a toujours employé des solutions au-dessus de 1/2000.

Küstner a vu les micro-organismes des sécrétions utérines qui résistaient à l'acide phénique, détruits par les injections de sublimé.

Hegar emploie le sublimé depuis deux ans : les résultats qu'il a obtenus confirment pleinement ceux de Kehrer.

Schatz emploie la solution au 4/1000, Battlehner la solution au 1/10000.

Fraenkel a expérimenté l'influence des divers antiseptiques sur les gonococcus et il a constaté que le plus sûr moyen de détruire ces micro-organismes était la solution de sublimé au 1/2000. H. DE BRINON.

I. — Das Sublimat als Desinficiens in der Geburtshülfe (Emploi du sublimé comme désinfectant en obstétrique), par P. BRÖSE (*Centralblatt für Gynækologie*, *n°* 39, 1883).

II. — *Idem*, **par A. TOPORSKI** (*Ibid.*, *n°* 35, 1883).

III. — Zur Frage der Antisepsis während der Geburt (Contribution à l'étude de l'antisepsie pendant les accouchements), par WIEDOW (*Ibid.*, *n°* 37, 1883).

IV. — Vermag man das Genitalrohr der Wöchnerinnen vollstandig zu desinficiren? (Peut-on désinfecter complètement le canal génital de la femme?), par OPITZ (*Ibid.*, *n°* 49, 1883).

V. — Soll Karbolöl (Vaseline) in der geburtshülflichen Praxis beibehalten werden (L'huile phéniquée, la vaseline phéniquée doivent-elles être conservées dans la pratique obstétricale), par H. FEHLING (*Centralblatt für Gynækologie*, *n°* 10, 1883).

VI. — Beitrag zur Therapie des Puerperalfiebers (Contribution à la thérapeutique de la fièvre puerpérale), par H. BURKHARDT (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, *Band IX*, *Heft* 2, 1883),

I. — Le sublimé a remplacé l'acide phénique depuis le commencement du semestre d'été à la salle d'accouchements de la clinique gynécologique de Berlin. Les solutions employées sont à 0,1 et à 0,2 0/0. Les mesures prophylactiques auxquelles sont soumis les étudiants sont à peu près les mêmes qu'à Fribourg.

Les résultats sont bien supérieurs à ce qui avait été obtenu jusque-là à la clinique de Berlin. Sur 330 accouchées, 11 ont éprouvé des phénomènes d'infection partant des organes génitaux ; une de ces malades ne doit pas entrer en ligne de compte, parce qu'elle avait été infectée hors de l'hôpital. Restent donc 10 cas, soit 3,3 0/0 : sur ces 10, il y a eu 2 morts, soit 0,6 0/0. Les 8 autres cas ont été très bénins, le plus grave n'ayant demandé que 17 jours de traitement. Et cependant la proportion des accouchements pathologiques et des opérations n'a pas été moins considérable que d'habitude : 4 placenta prævia, 27 forceps, 19 versions, 4 extractions du placenta avec la main, 2 accouchements prématurés artificiels. Un de ces accouchements prématurés est particulièrement intéressant au point de vue de la valeur du sublimé comme désinfectant. Il a fallu 17 jours de manœuvres pour obtenir l'accouchement ; 2 bougies ont été introduites dans la cavité utérine, des examens ont été pratiqués tous les jours, 2 fois par jour, et il n'y a pas eu de fièvre, le maximum de température vespérale a été 38°,2, et les suites des couches ont été complètement normales (maximum 37°,8). L'accouchée est sortie au 11e jour.

Les lotions au sublimé sont mieux tolérées que les lotions phéniquées ; il n'y a eu qu'un seul cas de mercurialisme ; les accidents étaient guéris lorsque la malade est sortie au 9e jour.

Le sublimé a sur l'acide phénique l'avantage de pouvoir être transporté sous un plus petit volume en solution concentrée.

II. — Pendant tout le semestre d'été 1883, les accouchées ont été trai

tées avec le sublimé à la clinique de Breslau. L'auteur compare les résultats de ce semestre, avec ceux du semestre d'été 1882, pendant lequel les pansements étaient à l'acide phénique.

1° La durée moyenne du traitement a été plus courte : 8 jours, 9 dixièmes en 1883 sur 119 accouchées ; 11 jours, 37 en 1882 sur 129 accouchées.

2° La morbidité a été moindre :

9 cas sur 120 en 1883, soit 7,5 0/0 ;

21 cas sur 129 en 1882, soit 16,27 0/0.

L'un et l'autre semestre ont offert un cas de mort par septicémie.

3° La durée du traitement pour les accouchées malades a été plus courte : en 1883, 13 jours 37 ; en 1882, 20 jours 76 en moyenne.

Les accidents de rétention des membranes, qui entraînaient habituellement des métrites très violentes, n'ont pas donné lieu au plus léger mouvement fébrile. Il y en a eu 8 cas pendant le semestre d'été 1883.

Les solutions de sublimé reviennent moins cher que les solutions d'acide phénique.

La solution employée à Breslau pour les injections et irrigations est de 0,05 0/0 ; la solution à 0,1 0/0, par laquelle on avait débuté, provoquait sur les muqueuses une sensation de brûlure très vive.

III. — En 1878-79, il y avait sur 139 accouchées, 2 morts dont 1 par fièvre puerpérale, 7 suites de couches morbides, dont 3 endométrites et 2 paramétrites. En 1879-80, sur 141 accouchées, il y avait 4 morts dont 1 par fièvre puerpérale, 2 suites de couches morbides, et dans les deux cas endométrites. A partir de 1880-81, il n'y a pas eu un seul cas de mort par fièvre puerpérale. Ainsi en 1880-81, sur 145 accouchées, il y a eu 3 morts, dont 1 par rupture utérine, 1 par bronchopneumonie, 1 par maladie de cœur. En 1881-82, sur 154 accouchées, 3 morts dont 2 par éclampsie, 1 par maladie de Bright. En 1882-83, sur 144 accouchées, 2 morts dont 1 par hémorragie (placenta prævia central) et 1 par carie du bassin. Au point de vue de la morbidité, en 1880-81, il y a eu 2 suites de couches morbides, dont 1 endométrite et 1 paramétrite ; en 1881-82, 3 suites de couches morbides, dont 1 paramétrite ; en 1882-83, 6 suites de couches morbides, mais ni paramétrite, ni endométrite.

IV. — L'auteur est convaincu que la désinfection complète du canal génital d'une accouchée est impossible ; aussi, tant qu'une indication pressante ne s'impose pas, il évite toute espèce de manœuvre, et se contente du lavage des organes génitaux externes. Il n'a pas eu un seul cas de mort parmi ses accouchées sur une période de vingt ans.

V. — Cette question se trouve naturellement posée par les recherches de Koch sur la désinfection (*Mittheilungen der kaiserlichen Gesundheitsamts* 1881). Ces recherches et celles de Wolffhügel et Knorre établissent que l'acide phénique introduit dans l'huile ou la vaseline conserve une partie de son pouvoir désinfectant, lorsque ces corps gras sont appliqués sur des surfaces humides, telles que la muqueuse du canal cervical ou du vagin ; mais qu'il est absolument inefficace lorsque ces corps sont appliqués sur des surfaces sèches, instruments, soie, catgut. Le pouvoir désinfectant de l'huile phéniquée sur le doigt est très faible, très incertain, et ne s'exerce qu'à la condition que le doigt soit hnmide. Mais elle préserve le doigt contre les produits de sécrétion (cancéreux, syphilitique ou autre) et à ce point de vue elle mérite d'être conservée dans la pra-

tique. Dans les cas douteux, on devra toujours désinfecter le doigt avec une solution aqueuse à 5 0/0. L'auteur préfère à l'huile et à la vaseline phéniquées l'onguent de paraffine phéniquées à 4 0/0. Il al'avantage de n'être pas liquide, et de mieux dissimuler l'odeur d'acide phénique.

VI. — Il s'agit d'une multipare dont l'accouchement avait été régulier. Après trois jours de températures normales, le thermomètre monte à 39°,6, et se maintient au-dessus de 40°. L'auteur pratique à plusieurs reprises le raclage avec la curette de la cavité utérine, fait des injections intra-utérines phéniquées à 5 0/0 et introduit dans l'utérus des crayons d'iodoforme. Après dix jours de fièvre intense, la température s'abaisse et la convalescence s'établit.

H. DE BRINON.

MALADIES DES ENFANTS.

Ueber den Werth gewisser Einzelsymptome fur die Diagnose mancher Krankheiten des Kinderalters (De la valeur de certains symptômes isolés pour le diagnostic de quelques maladies de l'enfance), par POLITZER (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band XXI*).

Malgré le précepte de ne jamais juger de la nature d'une maladie d'après un seul symptôme, l'auteur se croit cependant autorisé d'attirer l'attention sur quelques-uns qui suffiraient à eux seuls pour faire reconnaître une maladie, ou qui serviraient, du moins, comme excellent point de repère. Ainsi :

1° Le son nasonné du cri des enfants est très souvent le premier signe d'un abcès rétro-pharyngien ;

2° L'expiration sonore, 10 ou 15 fois plus longue que l'expiration normale avec inspiration ordinaire et absence de toute dyspnée précède l'éclosion des autres signes de la chorée ;

3° Une inspiration thoracique supérieure et suspirieuse contrastant avec de petits mouvements du diaphragme doit attirer l'attention sur la paralysie du cœur qu'elle annonce ;

4° L'expiration diaphragmatique intense avec sibilances permet de reconnaître l'asthme et faire écarter le croup et la bronchite capillaire ;

5° L'existence de pauses entre la fin de l'expiration et le début d'une nouvelle inspiration permet de reconnaître une simple laryngite et d'éliminer le croup ;

6° Une expiration chevrotante datant depuis la naissance, durant la première année de la vie, disparaissant ensuite rapidement, est parfaitement compatible avec la santé.

Voici maintenant quelques signes isolés pour le diagnostic de certaines maladies cérébrales :

1° La tendance au sommeil, sans fièvre, au milieu d'un bon état de santé et surtout dans la convalescence d'une maladie aiguë avertit de l'apparition prochaine d'une méningite de la base. De même un regard fixe et des mouvements paresseux des globes de l'œil ;

2° La saillie notable de la fontanelle antérieure, sa résistance à la pression permettent de reconnaître, au milieu d'un ensemble de symptômes cérébraux, qu'il s'agit d'une maladie intra-crânienne et non extra-crânienne ou générale.

Des modalités du cri des enfants l'auteur tire l'enseignement suivant :

1° Des cris effarés pendant 2 ou 3 minutes, survenant exactement 1 heure ou 1 heure 1/2 après le sommeil indiquent que l'enfant a le cauchemar ;

2° Des cris périodiques durant 5 ou 10 minutes, survenant plusieurs fois dans la journée, quelquefois dans la nuit, indiquent l'existence d'un spasme vésical ; ils cessent avec l'émission des urines ;

3° Les enfants qui crient au moment de la défécation et qui redoutent cet acte ont souvent une fissure anale ;

4° Des cris continus, douloureux, l'enfant enfonçant sa tête dans l'oreiller font naître l'idée d'une otite externe ou moyenne, qu'on trouve dans ces cas ;

5° Des cris prolongés, qui s'accentuent encore lorsqu'on touche l'enfant, accompagnés de fièvres et de sueurs profuses, se rencontrent chez les rachitiques ;

6° A la suite de grandes diarrhées, d'insomnie, ce signe se rencontre aussi quelquefois.

L'auteur énumère ensuite une série de signes qui échappent souvent à l'attention et qui lui paraissent cependant fort importants, tels que :

1° La physionomie spéciale des enfants héréditairement syphilitiques ;

2° L'affaissement et l'immobilité des ailes du nez qui indiquent une hypertrophie tonsillaire ;

3° Une faiblesse et une immobilité que n'expliquerait pas l'intensité de la maladie actuelle ou d'une maladie disparue doit faire penser à une paralysie infantile ;

4° A la suite de maladies cérébrales, générales ou infectieuses, il faut surveiller l'état intellectuel pour prévenir l'idiotie ;

5° Le retard de l'ossification du crâne est important pour le début du chitisme ;

6° La spondylite se reconnaît souvent à la raideur que l'enfant met dans ses mouvements ;

7° Le vomissement tenace, après toute ingestion, chez des enfants avec un crâne ossifié mais gros, indique l'existence d'une hydrocéphalie chronique qui se complique d'accès aigus. M. SCHACHMANN.

I. — Ueber Gewicht und Temperatur bei Neugeborenen (Poids et température des nouveau-nés), par A. SCHUETZ (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 19, p. 652, 1er octobre 1882*).

II. — Verhaeltniss zwischen Fuss und Gewicht bei Neugeborenen (Rapports entre la longueur du pied et le poids du corps chez les nouveau-nés), par GOENNER (*Idem, n° 8, p. 202, 15 avril 1883*).

III. — Ueber die Thaetigkeit der Brustdruese der Neugeborenen (Sécrétion lactée des nouveau-nés), par OPITZ (*Idem, n° 19, p. 652, 1er octobre 1882*).

IV. — Ein Saugpolster in der Wange des Säuglings (Existence d'un coussinet de

succion dans la joue des nourrissons), par RANKE (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 2, p. 31, 14 janvier* 1884).

I. — Voici les résultats fournis à Schuetz par près de 4,000 pesées entreprises méthodiquement sur 282 nouveau-nés, et par 4,470 mensurations thermométriques formant 187 courbes distinctes de température.

1° *Poids.* — Les enfants à terme, sains et allaités, augmentent à partir du troisième jour et dépassent leur poids initial le dixième jour.

Les enfants nés avant terme perdent davantage de leur poids initial que ceux nés à terme ; ils augmentent un jour plus tard et ne retrouvent leur poids initial que quatre ou cinq jours après les autres.

L'ophtalmie des nouveau-nés a une influence très fâcheuse sur le poids des enfants, surtout quand ils sont nés avant terme ou allaités artificiellement.

Le pemphigus leur est moins nuisible.

2° *Température.* — C'est dans le premier quart d'heure de la vie du nouveau-né que la chute thermométrique est le plus rapide. Le minimum de température s'observe presque toujours dans les deux premières heures. La disproportion entre la déperdition et la production de calorique se compense au bout de 24 heures.

Chez les enfants à terme et sains, les oscillations thermométriques quotidiennes sont insignifiantes. Les nouveau-nés avant terme et les asphyxiques ont une température très basse.

Dès que le poids du nouveau-né commence à croître d'une façon régulière, la marche de sa température se régularise aussi. (*R. S. M.*, III, 651 ; VIII, 643 ; XV, 439 ; XVIII, 598.)

II. — Dans 100 accouchements successifs de la clinique obstétricale de Bâle, Goenner a mesuré, immédiatement après leur naissance, le pied des nouveau-nés en même temps qu'il prenait le poids de leur corps.

Il a trouvé ainsi que, pour un poids de 2,000 à 2,500 grammes, la longueur moyenne des pieds est de 73 millimètres et de 82 pour un poids de 3,500 à 4,000.

Les chiffres extrêmes de longueur du pied pour un même poids peuvent varier de 1 centimètre.

III. — La secrétion laiteuse des nouveau-nés ne commence le plus souvent que 24 heures après la naissance. On peut presque dire qu'elle est constante chez les enfants des deux sexes nés à terme ou non. Opitz ne l'a vue manquer qu'une fois. Elle durait habituellement 30 heures, une fois même 75. Le lait du nouveau-né se différencie de celui de la femme par la présence de globules de colostrum et la variété très grande des dimensions des globules laiteux ; en revanche, les deux laits ont de commun la longue persistance de leur réaction alcaline. A l'état normal, cette secrétion du nouveau-né ne contient pas de pigment. (*R. S. M.*, VII, 16 et 220 ; XI, 603.)

IV. — Dans l'épaisseur des muscles de la joue, chez les enfants du premier âge, il existe une petite boule graisseuse enveloppée d'une capsule et maintenue en place par plusieurs cordons qui la relient aux tissus voisins. Ce petit corps graisseux subsiste intact dans l'athrepsie et lorsque la graisse du corps a complètement disparu. Bien qu'il soit à peine signalé

dans les ouvrages d'anatomie, Ranke lui fait jouer un rôle essentiel dans la succion.

J. B.

Les céphalalgies de croissance, par R. BLACHE (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, *avril* 1883).

La céphalalgie, survenant pendant la période de croissance, n'aurait pas, jusqu'à ce jour, suffisamment attiré l'attention. Elle constitue cependant une véritable entité morbide, se rencontrant aussi bien chez les garçons que chez les jeunes filles, entre l'âge de 12 à 18 ans, persistant avec des formes variées pendant tout ou partie de la période scolaire, se reproduisant sous l'influence des efforts de l'intelligence et se trouvant toujours augmentée par le travail. La vie active et au grand air, l'usage de verres appropriés, s'il existe des troubles de la vue et, par dessus tout, la cessation absolue de tout travail intellectuel pendant un temps prolongé ont été, avec l'hydrothérapie bien faite, les seuls moyens qui ont paru soulager et parfois même faire disparaître ces pénibles maux de tête, entravant la vie des adolescents qui en étaient atteints.

C. GIRAUDEAU.

Gliomatous enlargement of the pons Varolii in children, par Angel MONEY (*Medico-chir. Trans. LXVI, p.* 283, 1883).

Obs. 1. James B., âgé de 11 ans. Trois mois auparavant, symptômes de tumeur cérébrale : vomissements, parésie de la jambe et du bras gauche, ncertitude de marche, céphalée. Inégalité des pupilles, mydriase du côté gauche, diminution de la vue de l'œil gauche. Sensibilité de la face et des membres gauches diminuée. Lenteur de l'intelligence.

A la fin de décembre, un mois après son entrée à l'hôpital, la paralysie du bras gauche est devenue complète. En février, il s'y joint des troubles graves de la parole et de la dysphagie : physionomie hébétée, intelligence et sensibilité obtuses, incontinence d'urine et des matières. Bientôt escarres au sacrum et mort le 29 février.

A l'autopsie, on trouva une hypertrophie énorme du pont de Varole et des pédoncules cérébraux, qui ont une fois et demi leur volume normal. La partie antérieure du côté gauche de la protubérance fait une saillie proéminente ui atteint son maximum au voisinage de l'émergence du trijumeau. Pas d'altération appréciable du bulbe, mais hydrocéphalie ventriculaire. Histologiquement, structure d'un gliôme.

Obs. 2. Émilie H., 6 ans 1/2. Début, quatre semaines avant son admission, par des vomissements, de la céphalée, du vertige, du strabisme. A son entrée, allures tristes, immobilité du masque. Pouls lent, pas d'albuminurie ni de glycosurie. Diminution de l'intelligence, parole embarrassée, marche incertaine, strabisme convergent double, par paralysie des deux droits externes. Pas de névrite optique ni de troubles pupillaires, non plus que d'hémiplégie faciale.

Vers la fin de décembre, prostration de plus en plus marquée, signes de névrite optique à l'ophtalmoscope, respiration et pouls lents, dysphagie. Mort le 31 décembre.

Autopsie. — La protubérance est agrandie dans tout son diamètre ainsi que les pédoncules cérébelleux, le pédoncule cérébral gauche est également hypertrophié. Les nerfs de la 3e paire et deux de la 5e paire sont comprimés ; ces derniers augmentés de volume.

Le plancher du 4e ventricule est bombé et proéminent. Les 6e et 7e points sont engagés au milieu de la tumeur : les autres paraissent sains. La section

de la protubérance montre une tumeur d'un gris rougeâtre qui gagne jusqu'au plancher du 4e ventricule. Au microscope, tissu composé de petites cellules embryonnaires, ayant détruit les éléments nerveux; névroglie exubérante. Il s'agit d'un gliôme dont le point de départ semble être la névroglie : ainsi s'explique la marche insidieuse des symptômes. Voir les faits analogues rapportés par Gee (*St-Barth. Hosp. Rep.* XVII), Kümmell et Leyden (*Zeitschr. für kl. Med. Bd.* II, 1881), enfin Schulz (*Nevrologischer Centralblatt*, janvier 1883). H. R.

I. — On infantile spasmodic paralysis, par W.-B. HADDEN (*Brain, p.* 302, *octobre* 1883).

II. — On the spasmodic paralysis of Infancy, par James ROSS (*Brain. p.* 344, *octobre* 1882).

I. — L'auteur fait remarquer que le caractère dominant de l'affection est la contraction des membres inférieurs, avec l'attitude fléchie et croisée, due au spasme des adducteurs de la cuisse.

Au point de vue clinique, il divise les faits en deux groupes : 1° ceux dans lesquels les membres supérieurs présentent certaines altérations nutritives; 2° ceux dans lesquels les membres inférieurs seuls sont intéressés.

1°. — Observations du premier groupe : A. Enfant de 13 ans, convulsions à l'âge d'un an. Depuis, crises épileptiformes pendant lesquelles il se mord la langue. Intelligence conservée, pupilles égales, léger nystagmus latéral. Le membre supérieur droit est atrophié, beaucoup plus petit que son congénère. Les jambes sont rigides, contracturées ; pied bot, talon équin, double ; pas d'atrophie des muscles ni de troubles sensitifs ; réactions électriques normales. Quand l'enfant marche, il serre constamment les genoux l'un contre l'autre.

L'auteur considère ce fait comme un exemple de lésion congénitale des centres moteurs de l'hémisphère gauche avec sclérose descendant de la moelle. Une lésion unilatérale du cerveau peut amener une sclérose double, en raison des variétés anatomiques de décussation des fibres pyramidales.

B. Jeune homme de 19 ans, chétif; n'a marché qu'à 5 ans. Depuis, ne s'est jamais développé, sans avoir cependant de convulsions. Quand il marche, il croise les jambes l'une au devant de l'autre, les genoux se touchant constamment ; il n'appuie pas sur la plante du pied, mais sur les articulations métatarso-phalangiennes. Il y a une contracture permanente des muscles de la jambe et de la cuisse. Aux membres supérieurs flexion et contracture des doigts, déformation de la dernière phalange, qui est atrophiée du côté gauche ; bras gauche manifestement plus petit dans toutes ses parties que le droit.

Malgré l'absence de convulsions dans l'enfance, l'auteur incline à penser qu'il s'agit là d'une affection initialement cérébrale.

2°. — Observations du deuxième groupe : A. Enfant de 9 ans; convulsions un mois après sa naissance, durant toute la première année ; n'a marché qu'à 2 ans passés. Depuis, est resté idiot partiellement ; il répond cependant à certaines questions élémentaires. Comme les précédents, il a de la contracture des membres inférieurs, des réflexes exagérés, du tremblement épileptoïde du pied; pas d'atrophie ni de trouble sensitif. Aucun trouble trophique aux membres inférieurs et supérieurs.

B. Enfant de 8 ans, bien constitué. Première convulsion à l'âge de 12 mois,

suivie de six autres dans l'intervalle de quelques mois ; strabisme consécutif ; n'a marché qu'à l'âge de 3 ans ; avait déjà les jambes roides.

Actuellement, idiotisme complet, malgré la bonne conformation apparente du crâne ; enfant colère, violent, sale ; nystagmus, inégalité des pupilles, contracture des jambes.

Deux autres faits complètement comparables sont rapportés par Hadden. En relatant les autopsies de Ross et de Hamilton, où l'on trouva de la porencéphalie, l'auteur se demande s'il y a toujours, en pareil cas, un arrêt de développement du tractus pyramidal ; car l'affection peut débuter à un âge plus tardif, alors que le développement du faisceau pyramidal est achevé. Il admet que des lésions multiples du cerveau peuvent aboutir aux mêmes conséquences. Il insiste sur les phénomènes convulsifs de la première étape de la maladie pour en faire une affection primitivement encéphalique, et secondairement spinale. H. R.

II. — Au point de vue clinique, les paralysies spasmodiques de l'enfance peuvent se diviser en hémiplégies et en paraplégies.

a) Forme hémiplégique. C'est la mieux connue. Les choses se passent, dans la majorité des cas, de la façon suivante : Un enfant de 2 mois à 3 ans est atteint de convulsions, avec perte de connaissance, les convulsions portant sur une moitié du corps. L'attaque passée, on constate une hémiplégie persistante, qui bientôt se complique, soit de contracture, soit de mouvements choréiformes. A la suite, les membres s'atrophient, tout en conservant leurs réactions électriques normales. Cette hémiplégie spastique s'accompagne ordinairement d'un certain degré d'idiotie. Pour l'auteur, la lésion initiale consiste en une hémorragie ou un ramollissement local ou une encéphalite circonscrite. Autour de ce foyer cortical s'étend une zone de sclérose secondaire et finalement l'hémisphère s'atrophie en totalité, tandis que la sclérose se poursuit le long du faisceau pyramidal et du cordon latéral spinal.

De ce type clinique, il convient de rapprocher certains faits d'athétose infantile, avec sclérose dépendante de la moelle et contracture des membres inférieurs. L'auteur en rapporte un exemple fort net, et il conclut qu'en pareil cas il existe une double lésion au niveau de chaque hémisphère, dans une situation plus ou moins symétrique, intéressant les centres de la parole, de l'expression faciale et des mouvements des mains.

D'autres enfants, atteints d'aphasie dans leur jeune âge, après des convulsions, rentrent dans cette catégorie, même lorsqu'ils ne présentent pas de paralysie spasmodique. C'est ce qui arrive notamment quand l'accouchement a été difficile et que la pression du forceps a déterminé des lésions superficielles du cerveau chez le nouveau-né.

L'hémiplégie spasmodique de l'enfance n'est pas toujours la conséquence de lésions survenues plus ou moins longtemps après la naissance ; elle peut être congénitale, au sens strict du mot. L'auteur rapporte l'histoire d'une petite fille qui vint au monde avec un arrêt de développement du pariétal droit, immédiatement au-dessus de la bosse pariétale. Il s'ensuivit une dépression où l'on sentait battre le cerveau. Secondairement, on notait une atrophie du bras gauche et de la jambe correspondante, avec paralysie musculaire incomplète, sans trouble de la sensibilité ni désordres trophiques. Un cas analogue a été relaté par

Meschede (*Virch. Arch. Bd. XXXIV, p.* 305). Enfin on observe parfois des hémiplégies spastiques congénitales sans altérations osseuses : la lésion est alors vraisemblablement d'emblée encéphalique. Dans un fait que rapporte l'auteur, l'autopsie montra un profond sillon à la place de la scissure de Rolando, avec atrophie des circonvolutions marginales, et ouverture à l'extérieur du ventricule latéral. Il s'agissait d'un simple arrêt de développement des circonvolutions, car celles-ci n'offraient aucune lésion histologique structurale.

b) *Forme paraplégique*. L'auteur en rapporte quatre cas. Tantôt il y a eu initialement des convulsions, tantôt elles manquent. D'ordinaire on constate une contracture qui s'exagère quand on fait mouvoir les membres, une tendance à l'équinisme, et un croisement habituel des cuisses, qui tient à la contraction spasmodique des adducteurs. Ces cas sont depuis longtemps connus des chirurgiens et des neurologistes (Heine, Little, Adams, Stromeyer, Gee, etc.), mais mal interprétés. On les considère d'ordinaire comme étant d'origine spinale. Cela peut se rencontrer parfois à la suite de traumatisme du rachis, de tractions pendant l'accouchement par exemple (faits de Ruge, d'Ahlfeld) ou encore, d'hémorragies méningées (cas de Litzmann et de Parrot). Mais ce n'est pas le cas le plus fréquent. Pour l'auteur, l'affection reconnaît une lésion initialement cérébrale, et il suppose qu'il existe, en pareil cas, un arrêt de développement de certaines régions de l'encéphale, notamment de la zone motrice corticale. Pour lui, on doit considérer la paraplégie spastique des enfants comme des exemples d'hémiplégie bilatérale dus à l'absence congénitale des circonvolutions motrices. H. R.

Paraplegia in a child cured by purgatives, par THOROWGOOD (*Lancet*, 28 *juillet* 1883).

Une petite fille de 10 ans fut amenée à West London Hospital comme atteinte de paraplégie ; l'affaiblissement des jambes avait débuté trois mois auparavant et s'était accentué peu à peu au point de rendre la marche et même la station impossible. Pas de contracture, pas d'atrophie musculaire, réflexe patellaire normal ; pas de douleurs spontanées, à la pression, le long de la colonne lombaire. Pupilles largement dilatées ; pouls calme ; urines normales en quantité et en qualité. Apprenant que l'enfant rendait fréquemment des ascarides lombricoïdes, on pensa qu'il s'agissait peut-être d'une paralysie réflexe et on la purgea à plusieurs reprises avec de la décoction d'aloès, ce qui amena l'expulsion d'un certain nombre de vers ; trois ou quatre jours après le début du traitement, l'enfant marchait et courait dans la salle sans aucune difficulté ; quelques jours plus tard, la guérison s'étant maintenue, on lui accorda sa sortie. (L'auteur ne paraît pas s'être posé la question de *simulation*.) H. BARTH.

Case of unilateral spasm, hemiplegia and aphasia following measles in a child (Hémiplégie dans le cours d'une rougeole), par Lambert OTT (*Philadelphia neurol. Soc., Med. news*, 19 *avril* 1884).

Enfant de 28 mois, pris de rougeole, après les oreillons ; au dixième jour de la maladie qui avait été bénigne, on remarque le matin un spasme des muscles du côté droit de la face et peu après des mouvements spasmodiques dans le bras et la jambe du côté droit. En moins d'une heure, cessation des spasmes et paralysie des membres ; peu après les spasmes des muscles de la

face cessaient et l'on constatait les signes d'une hémiplégie avec aphasie. Rien du côté du cœur. Les jours suivants se développe une pneumonie catarrhale.

Dans le cours de la seconde semaine, les symptômes paralytiques s'atténuent; ils disparaissent graduellement au bout de cinq semaines, l'enfant pouvait remuer le bras et la jambe, et il prononçait quelques paroles. La guérison fut complète.

L'auteur regarde cette paralysie comme résultant d'une embolie cérébrale. A. C.

Die Tuberculose des Darms und des lymphatischen Apparats (De la tuberculose intestinale et de l'appareil lymphatique), par BIEDERT (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, B. XXI, Heft* 1-2).

Sous ce titre l'auteur discute le rôle de la tuberculose intestinale au double point de vue de sa fréquence et de l'infection tuberculeuse généralisée.

S'adressant tour à tour à la statistique clinique, aux données expérimentales et à l'expérience d'un grand nombre d'observateurs, il croit pouvoir établir :

1° Que de toutes les localisations de la tuberculose, chez l'enfant comme chez l'adulte, c'est le poumon qui se trouve en première ligne. Si, chez l'enfant, les ganglions lymphatiques sont plus souvent encore atteints que les poumons, il s'agit bien des ganglions lymphatiques en général; et même les ganglions bronchiques sont bien plus souvent infectés que les ganglions mésentériques.

Parmi les localisations primitives de la tuberculose, c'est encore le poumon qui l'emporte, la tuberculose intestino-mésentérique étant relativement rare (Frerichs, Rilliet et Barthez, Gerhardt).

2° Sur 548 animaux nourris avec des produits tuberculeux, on ne note que 119 = 21, 5 0/0 résultats positifs.

3° Des nombreuses observations faites par Biedert, Putz, Perroncito, Schottelius, Sommers, etc., il résulte que l'ingestion prolongée de lait et de viande provenant d'animaux tuberculeux ne contaminait pas l'homme.

L'auteur conclut donc que le danger de l'infection tuberculeuse de l'homme par le tube intestinal n'est pas bien grand. Cela ne serait pas dû à l'atténuation du virus tuberculeux par les sucs intestinaux (Falk ayant démontré que ces sucs n'ont aucune influence sur le virus), mais à la résistance que lui oppose l'épithélium intestinal. Pour que le virus tuberculeux puisse se développer dans les parois intestinales, il faut d'abord que celles-ci soient altérées. C'est comme cela que s'expliquerait l'apparition tardive de la tuberculose intestinale chez les phtisiques.

Quant au carreau déterminé chez les nourrissons par du lait suspect, l'auteur le rejette et considère même cette affection comme susceptible de guérir par une alimentation convenable. M. SCHACHMANN.

Ueber eine multiple infectioese Entzungdung der Seroesen im Kindesalter (Inflammations infectieuses multiples des séreuses dans l'enfance), par HEUBNER (*Jahrb. für Kinderheilkunde, Bd. XXI, H.* 1 *et* 2).

Dans ces six dernières années Heubner a observé 5 cas d'inflammation suppurative atteignant toujours plusieurs séreuses à la fois et toujours,

au moins, l'une des plèvres. Il rapproche ces cas de ceux publiés en 1880 par Wiedemann et les distingue de ceux qui ont été publiés par Bouchard, Quinquaud, Hallopeau et Comby.

Au point de vue anatomo-pathologique ce qui lui paraît caractéristique, c'est l'enkystement des plèvres sur de petites étendues, l'épaisseur et la quantité de pus relativement petite. Les bronches et les poumons ont été trouvés toujours malades, mais d'une façon inégale et inconstante : bronchite, hypostase, emphysème, œdème, mais jamais de la pneumonie fibrineuse. Tous les enfants observés sortaient des classes pauvres; trois ont été atteints en pleine santé.

Le début de la maladie a toujours été brusque, sauf une fois où elle a commencé par quelques prodromes peu marqués. La fièvre, la toux, un point de côté, de la dyspnée sans aucun signe physique de pneumonie, tels sont les premiers symptômes de la maladie; seulement après quelques jours on entend des râles sous-crépitants et sibilants. Peu après la fièvre devient rémittente, l'état général s'empire, la dyspnée persiste, les nourrissons ont deux cents pulsations ; il survient des convulsions, contractures, vomissements incoercibles, de la diarrhée et enfin l'enfant succombe dans le collapsus.

La durée de la maladie a été de 7-8 jours dans 3 cas, de 5 semaines chez les deux derniers enfants âgés de 6 mois ; ce qui tiendrait, suivant l'auteur, à l'extension plus lente de l'inflammation au péricarde, au péritoine ou aux méninges.

Ayant bien constaté que la maladie n'était pas causée par la propagation aux séreuses de quelque foyer purulent, caséeux ou inflammatoire, Heubner trouva dans les organes des deux derniers enfants de nombreuses colonies de micrococci disposés principalement en 8 de chiffre, de 0,4 à 0,8 μ de longueur.

Ces coccus n'ont pas été trouvés dans les organes d'autres enfants et l'auteur se croit autorisé à conclure à un rapport de cause à effet entre ces bactéries et la maladie décrite.

Ce qui distingue cette affection de la pyémie ordinaire, c'est d'abord sa localisation sur une seule catégorie d'organes et ensuite l'absence de porte d'entrée pour le poison.

L'auteur enfin se demande si ce n'est pas le lait de vaches atteintes de péripneumonie qui est cause de cette maladie. M. SCHACHMANN.

Diabète insipide chez l'enfant, par HAGENBACH (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 6, p.* 143, 15 *mars* 1883).

Fillette de 4 ans, chez laquelle la polyurie avait débuté 9 mois avant la mort : la soif était intense, la quantité quotidienne d'urines s'élevait à 10 litres ; l'humeur de l'enfant était chagrine et il y avait de l'émaciation, mais aucun autre trouble du côté du système nerveux.

Dans la dernière quinzaine, symptômes de méningite de la base.

A l'autopsie on trouva les lésions suivantes : un tubercule caséeux de l'infundibulum, de la méningite tuberculeuse, un foyer de ramollissement dans le corps strié droit et une dilatation des 4 ventricules. J. B.

Zur Lehre von Asthma dyspepticum der Kinder, par Oscar SILBERMAN (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 23, p. 348, 5 juin 1882*).

Sous l'influence d'une indigestion, les enfants sont parfois pris d'accidents qu'Henoch a décrits sous le titre d'asthme dyspeptique. (*R. S. M.*, X, 178.)

En voici trois exemples :

1° Enfant de 13 mois, sujet à la diarrhée. Sevré depuis 8 semaines et nourri dès lors avec du lait de vache coupé par moitié d'eau. Le 1er et le 2 août, l'enfant vomit son lait à diverses reprises. Le lendemain, il semble moribond lorsqu'on l'amène à la consultation : 70 respirations par minute, cyanose des lèvres, refroidissement des membres inférieurs, apathie ; pouls filiforme à 160, épigastre un peu météorisé et douloureux à la pression. Pas de fièvre ; rien au cœur ni dans les poumons.

Le lendemain, à la suite de vomissements de lait non digéré, tous ces phénomènes si inquiétants avaient disparu.

2° Fillette de 6 mois. La veille au soir, elle avait mangé un œuf à la coque ; la nuit, son sommeil fut très agité, sa respiration souvent difficile, et à l'approche de l'aube elle vomit. Le matin, cyanose de la face ; 60 respirations par minute, pouls très petit à 120. Muguet buccal. Apyrexie. Dans le cours de l'après-midi, l'enfant ayant rendu en plusieurs fois des restes d'œuf, se trouva dès lors guérie.

3° Fillette de 8 ans. Après un déjeuner copieux, le soir elle est prise de maux de tête et d'estomac, et a plusieurs vomissements. Puis le pouls s'accélère (160), devient filiforme, irrégulier et intermittent ; les bruits cardiaques sont faibles, le choc de la pointe n'est pas nettement appréciable. Epigastre un peu gonflé et sensible à la pression. Aucun trouble de la respiration ; aucun refroidissement ni cyanose. Température normale.

Six heures plus tard, la scène a complètement changé ; 60 inspirations par minute avec dyspnée inspiratoire, cyanose intense des lèvres, jambes refroidies, 160 pulsations par minute. Apyrexie. Râles d'œdème pulmonaire.

Au bout de cinq nouvelles heures, à la suite d'un vomissement alimentaire renfermant surtout des pommes de terre, l'amélioration commence, et dès lors se prononce rapidement.

D'après ce dernier fait, où la dyspnée, la cyanose et le refroidissement ne sont apparus que plusieurs heures après les troubles circulatoires, Silbermann propose une autre explication que celle de Traube pour l'asthme dyspeptique de l'enfance.

D'après lui, le phénomène primitif est l'affaiblissement de l'énergie cardiaque résultant d'une parésie réflexe des fibres du pneumogastrique.

J. B.

Malarial poisoning in a newborn baby, par W.-T. TAYLOR (*Med. News*, p. 342, 22 *mars* 1884).

L'auteur a observé chez un enfant de 8 jours des accès très caractéristiques de fièvre intermittente. Sa mère avait eu, pendant le cours de sa grossesse (la seconde), des accès fébriles pour lesquels on fut obligé d'administrer la quinine à diverses reprises. L'accouchement fut simple, les suites heureuses ; l'enfant, de bonne apparence de santé, était plus petit et plus faible que le premier. L'auteur donna à la mère qui nourrissait des doses de quinine et de valérianate de fer et fit prendre à l'enfant, pendant quelques semaines, de petites quantités d'élixir de quinquina. La guérison survint rapidement.

CARTAZ.

The period of infectiveness in scarlet fever, par John MAY (*Brit. med. journ. p.* 1091, *décembre* 1882).

D'observations suivies pendant trois ans, l'auteur conclut qu'un scarlatineux cesse d'être dangereux : 1° quand la desquammation a cessé depuis une semaine pleine; 2° quand les symptômes gutturaux et les lésions de la muqueuse ont disparu; 3° quand le corps du sujet, ses vêtements, sa chambre, ont été soigneusement désinfectés H. R.

Combined œsophagotomy, par SANDS (*New York surg. Soc.; Med. News*, 24 *mai* 1884).

M. Sands communique à la Société les deux observations suivantes :

Petite fille de 2 ans, entrée à l'hôpital pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, dû à l'ingestion par mégarde d'une solution caustique bouillante. Toutes les tentatives de dilatation ayant échoué, l'auteur pratiqua l'œsophagotomie externe. Le canal œsophagien étant ouvert, on fait passer dans le rétrécissement un cathéter de 2/3 de millimètre de diamètre. On put alors introduire un conducteur qui servit à guider un couteau pour la division du canal lacrymal et deux incisions courtes de un centimètre furent faites sur le rétrécissement à droite et à gauche. Ce débridement permit le passage d'une sonde élastique de 4 millimètres de diamètre. Mais l'enfant mourut d'épuisement deux jours plus tard.

A l'autopsie, on trouve un rétrécissement de 3 centimètres de long, situé à 9 centimètres de l'orifice cardiaque ; les parois de l'œsophage à ce niveau, sont considérablement épaissies. Aucune autre lésion.

Le second cas a trait à un garçon de 13 ans qui tomba dans une cuve de soude caustique. Blessures graves de tout le tégument, perte des deux yeux et rétrécissement de l'œsophage par déglutition involontaire du liquide.

Tentative de dilatation pendant 4 semaines; on ne passait qu'une bougie filiforme. On pratiqua l'œsophagotomie externe, mais il fut impossible de faire passer aucune sonde à travers le rétrécissement. Trois jours plus tard, on pratique la gastrotomie; le malade mourut de péritonite au neuvième jour.

La péritonite était due à un défaut d'adhérence des lèvres d'incision de l'estomac, et à une perforation de ce viscère à 6 centimètres du pylore.

A. CARTAZ.

Empyem in Kindesalter (Empyème chez les enfants), par M. SIMMONDS (*D. Arch. f. klin. Med. Bd. XXXIV, Heft* 5 *et* 6, 1884).

L'empyème est chose fréquente chez les enfants ; sur 206 cas de pleurésie, Israel a trouvé 59 épanchements purulents, soit 29 0/0. Machey pense que pour 5 0/0 de pleurésies purulentes chez les adultes, il y a chez les enfants 40 0/0. Cette proportion s'explique par la fréquence relativement considérable des maladies infectieuses dans le jeune âge. Par ordre de fréquence, d'après 110 cas relevés dans la littérature médicale, il faut ranger la pneumonie, 31 cas; la scarlatine, 14; la tuberculose, 12; la rougeole, 8, etc.

Chez les enfants, la quantité de l'épanchement est relativement élevée : on peut trouver 1,000, 1,500 et même 2,000 centimètres cubes de pus. Le plus souvent la pleurésie purulente siège à gauche : 103 cas sur 175.

Le diagnostic présente souvent des difficultés particulières. Cela ré-

sulte surtout de l'impossibilité d'examiner les crachats et le frémissement thoracique de la voix, et de l'existence habituelle d'un souffle bronchique intense dans toute la région mate. Fréquemment on trouve une expansion considérable du thorax, surtout dans la région sous-claviculaire où la dépression normale se trouve effacée. Le sternum se trouve dévié de telle façon que l'appendice xyphoïde est dévié du côté malade.

Parfois on constate de l'empyème pulsatile.

Les phénomènes généraux n'ont rien de particulier. On a constaté parfois des convulsions chez les jeunes enfants.

L'auteur pense qu'il ne faut pas hésiter à recourir à la ponction exploratrice pour assurer le diagnostic. Le diagnostic étant confirmé, il faut toujours opérer, à moins que l'empyème ne soit ouvert dans les bronches. Comment faut-il intervenir? Il rejette l'aspiration simple, pour recommander le drainage aspiratif permanent. A. M.

On cases described as acute rickets, par Thomas BARLOW (*Med. chir. Trans. LXVI, p.* 159, 1883).

Voici le fait sur lequel se base le mémoire :

Un enfant de 15 mois est apporté à l'hôpital dans un état de pâleur extrême et d'anémie profonde. Il n'a ni vomissements ni diarrhée : ses gencives sont normales, bien qu'en pleine période de dentition. L'enfant pousse des cris dès qu'on l'approche. Il est manifestement rachitique : gros ventre, sternum projeté en avant, côtes noueuses, épiphyses tuméfiées. Les radius et les tibias sont gonflés, déformés et devenus cylindriques : les membres sont douloureux et l'enfant les immobilise, de sorte qu'il semble paralysé.

L'enfant provient de parents sains, il n'est pas syphilitique : il a été d'abord nourri au sein, puis artificiellement avec de la farine lactée et de l'extrait de Liebig. La première dent n'est apparue qu'à 12 mois. L'enfant a pu marcher à 13 mois : depuis cinq semaines il est incapable de se tenir debout.

L'auteur, en face de ce cas de rachitisme aigu, pensa qu'il y avait là une lésion spéciale, un épanchement de sang sous-périosté, par exemple, et que le scorbut se surajoutait au rachitisme.

Comme traitement, il prescrivit l'enveloppement des membres dans des compresses mouillées, puis du jus de viande, un litre et demi de lait journellement, enfin deux cuillerées à café de jus d'orange.

Sous l'influence de ce traitement, un mieux rapide se produisit, et les os malades dégonflèrent en quelques jours. Au bout de deux mois, les forces étaient revenues suffisamment pour permettre la station et la marche.

Analysant avec soin les observations analogues de rachitisme aigu, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Les symptômes caractéristiques du rachitisme aigu, à savoir le gonflement cylindrique des os des membres et la cachexie, avec ou sans état spongieux des gencives ne sont pas dus au rachitisme, mais à un scorbut véritable.

2° La lésion qui donne lieu à cette apparence de l'os est une hémorragie sous-périostée, en rapport avec l'anémie de l'enfant.

3° La maladie se rencontre chez les enfants rachitiques aussi bien que chez ceux qui ne le sont pas. Elle tend à guérir lentement, mais complètement; toutefois on accélère certainement cette guérison en employant

de bonne heure le traitement antiscorbutique (compresses froides localement), usage de jus de limon ou d'orange, laitage et végétaux frais.

Le terme de rachitisme aigu doit donc disparaître, et être remplacé par celui de scorbut infantile, identique avec celui de l'adulte, sauf que les os sont plus souvent malades.

A l'appui de ces propositions, l'auteur publie les résultats de l'autopsie d'un enfant atteint de cette forme de rachitisme aigu. L'intestin était parsemé de taches rouges, purpuriques, correspondant à l'infiltration des follicules clos et des plaques de Peyer. Les os étaient injectés et décollés de leur périoste par un exsudat hémorragique comme dans les formes graves du scorbut. Une planche annexée au mémoire montre en effet de vastes hémorragies sous-périostées dans la continuité du tibia et du fémur. H. R.

On the association of flat foot, weak ankle etc., of puberty, with albuminuria, par Clement LUCAS (*Brit. med. Journ.*, *p.* 852, *mai* 1884).

L'auteur insiste sur ce fait, qu'au moment de l'adolescence, il n'est pas rare de voir survenir de l'albuminurie en même temps que des malformations du squelette (scoliose, pied plat, valgus, etc.). Il attribue cet ensemble de symptômes à un véritable rachitisme, comparable à celui des jeunes enfants, et entravant comme ce dernier la nutrition générale. D'après lui, la cause presque constante de ce rachitisme de la puberté est l'onanisme. Cette albuminurie ne se traduit par aucun phénomène d'anasarque ni d'oligurie : il faut la rechercher pour la découvrir : elle n'entraîne qu'un état de pâleur et d'anémie chez les malades. H. R.

Subperiosteal hœmorrhage of three long bones in a rickety infant, par Herbert PAGE (*Medico-chir. Trans.*, *LXVI*, *p.* 221, 1883).

Un enfant de 9 mois, anémique et cachectique, est présenté à l'auteur dans les circonstances suivantes : depuis quatre semaines, on s'aperçoit qu'il a des grosseurs aux jambes, au-dessous du genou ; progressivement la tuméfaction s'est étendue aux deux tibias et aux fémurs, qui sont augmentés de volume, très douloureux, sans envahissement des articulations. Les côtes étaient en chapelet, et les poignets présentaient les nodosités classiques du rachitisme. L'enfant, depuis sa naissance, était élevé au biberon avec du lait concentré et de la farine lactée. On ne pouvait soupçonner la syphilis.

Il s'agissait donc d'un rachitisme particulier, avec une complication de périostite. La fluctuation devenant appréciable, des incisions furent pratiquées le long du tibia et du fémur, et l'on trouve le périoste décollé par un épanchement hémorragique. L'enfant finit par guérir.

L'auteur considère ce cas comme un exemple de scorbut surajouté au rachitisme, et nullement d'une variété hémorragique de périostite phlegmoneuse diffuse, car en pareil cas il y a toujours nécrose consécutive de l'os et accidents fébriles des plus intenses. Là, il y avait infiltration sanguine sous-périostée, sans réaction phlegmasique.

Des faits de ce genre ont été publiés par Smith (*Transact. Path. Soc.*, XXVII, p. 219, 1875), et par Cheadle (*Lancet*, 1878, II, p. 685). Il est très probable que le régime auquel sont soumis les enfants les conduise en même temps au scorbut et au rachitisme. H. R.

Abdominal tumours in children : six cases, par Edward WHITTIER (*Boston med. and surg. Journ., p.* 505, *vol. CIX, n°* 22).

Sous ce titre, l'auteur américain publie une série d'observations assez curieuses, dans lesquelles le diagnostic était souvent difficile.

La première a trait à un enfant de huit ans, porteur d'une tumeur dans le flanc gauche et la fosse iliaque. Cette tumeur était un amas stercoral lié probablement à une étroitesse congénitale de l'intestin, ou à une paresse de sa contractilité : l'enfant était quelquefois trois semaines et davantage sans aller à la selle, et cela, depuis son enfance.

Trois autres observations se rapportent à des dégénérescences des reins. En pareil cas, il s'agissait de tumeurs occupant le flanc droit et la région ombilicale, et en général fort volumineuses. L'observation 2 concerne un sarcome du rein, les deux autres une dégénérescence kystique et une hydronéphrose énorme, simulant un véritable kyste de l'ovaire.

Enfin, les deux dernières observations sont des exemples de kystes abdominaux de nature indéterminée. Leur contenu était un liquide brun, épais, renfermant du pigment hématique et de la cholestérine avec très peu de sel et d'albumine. La guérison survint après une ponction. L'auteur ne discute pas le diagnostic, et il ne se demande pas dans quelle mesure le foie était intéressé. H. R.

Sarcoma in a child's skull, par A. JACOBI (*The Æsculapian, février* 1884).

Enfant de 3 ans et 9 mois. Père alcoolique, mort d'érysipèle. La mère a eu cinq enfants, le premier est mort à l'âge de 5 ans, d'une tumeur du bras opérée et récidivée. A sa naissance le sujet de cette observation fut considéré comme légèrement hydrocéphale ; il n'a commencé à marcher qu'à deux ans et demi et n'a jamais pu dire autre chose que papa, maman. A la fin de 1878, apparition sur le pariétal droit d'une tumeur qui, en mars 1879, à son entrée à l'hôpital, a le volume d'un poing d'adulte, est molle, non réductible, sans altération de la peau. Une ponction ne donne issue qu'à un peu de sang. La tumeur fut enlevée sans trop de difficulté, les adhérences à la paroi osseuse étant à peu près nulles ; mais il y avait un prolongement intra-crânien à travers une perforation d'un demi-pouce de large. On se contenta d'enlever la tumeur externe en raison de la faiblesse de l'enfant et les jours suivants, on put enlever des portions de la tumeur et des parties du pariétal envahies par le néoplasme. Il s'agissait d'un sarcome. L'enfant mourut le septième jour. A. CARTAZ.

Ein Fall von Fungus hematodes, par A. BAGINSKY (*Berliner klinische Wochenschrift n°* 32, *p.* 465, 8 *août* 1881).

L'enfant qui présente cette énorme tumeur de la tête, n'en est nullement affecté dans son état général.

Ce sont, particulièrement, les pariétal temporal, et maxillaires gauches qui sont occupés par la masse morbide. Il existe une exophtalmie complète de l'œil gauche qui est atrophié. L'œil droit commence déjà à proéminer. La tumeur a une surface rouge sombre, irrégulière, traversée de vaisseaux bleuâtres ; elle est de consistance demi-molle, nettement fluctuante par places. Une ponction exploratrice ramène quelques gouttes d'un liquide épais, brunâtre, dans lequel le microscope permet de reconnaître, à côté de globules sanguins, une grande quantité de cellules transpa-

rentes, arrondies, à noyau distinct, pressées les unes contre les autres. Il s'agit donc d'un sarcome mou à cellules rondes.

En l'absence de tout phénomène cérébral, on est conduit à admettre que la néoplasie, ayant son point de départ du côté gauche de l'orbite, s'est d'abord développée en avant et en haut, puis du côté droit, et a en outre perforé l'ethmoïde pour s'étendre à la base du crâne. J. B.

Trismus nascentium, or the lockjaw of infants (Du tétanos des nouveau-nés), par F. HARTIGAN (*Am. journ. of the med. Soc., p.* 84, 1884).

D'après le mémoire de F. Hartigan, le tétanos des nouveau-nés semble être un mal bien plus fréquent dans le Nouveau Monde que dans nos pays. L'auteur a pu réunir, en effet, 229 cas suivis de mort, et 49 cas personnels. Il conclut d'une longue analyse critique que la théorie qui attribue le tétanos des nouveau-nés à une lésion de la plaie ombilicale ou du cordon, est inexacte ; on doit se rallier à l'opinion de Marion Sims, et considérer l'affection comme de cause purement mécanique, et due à la compression mésocéphalique et bulbaire, par déplacement de l'occipital ou des pariétaux. C'est donc là une véritable lésion de décubitus, et la réduction du chevauchemeut osseux, obtenue soit par manœuvres externes, soit par opération chirurgicale, est la seule méthode de traitement qui puisse donner et donne assez souvent des succès.

A. CHAUFFARD.

A case of spontaneous gangrene of toes in a child, par G. MAKINS (*Saint-Thomas's Hosp. Rep. XII,* p. 155, 1883).

Une fillette de 14 ans, sans antécédents scrofuleux, sujette seulement à des engelures, se présente à l'hôpital avec des lésions spéciales des pieds. Le pied droit est d'un bleu foncé, congestionné, les extrémités des orteils présentent des taches noires gangréneuses, sèches, entourées d'un sillon d'élimination. La phalangette tout entière est mortifiée sur deux des orteils, les autres sont plus ou moins atteints, mais l'escarre n'envahit pas les parties osseuses. Au pied gauche les orteils sont intacts, mais offrent le même état cyanotique, avec sensibilité à la pression et tendance au refroidissement. Sur quelques-uns se voient de petites escarres limitées, sèches, indolentes, premier degré des lésions qui existent au pied droit. Les artères de la jambe sont normales et il ne semble y avoir aucune ischémie des gros troncs artériels. Le cœur est sain, l'urine non sucrée.

La guérison de ces accidents fut obtenue au moyen d'un pansement phéniqué et de l'enveloppement ouaté, en un mois et demi.

L'auteur, dans la discussion de ce fait, élimine l'idée d'engelures, d'ulcérations syphilitiques ou pemphigoïdes, et admet l'existence d'une gangrène *symétrique* par asphyxie locale des extrémités. H. R.

Le cancer du testicule chez les enfants, par MONOD (*Progrès médical,* 31 *mai,* 7-14 *juin* 1884).

Un petit garçon de 4 ans, d'apparence robuste, présentait dans la bourse gauche une tuméfaction dont le début remontait seulement à six ou huit semaines, et qui aurait succédé, d'après les parents, à un coup reçu sur les parties : la peau est intacte ; la tumeur a le volume d'un petit œuf de poule, est ovoïde, ferme, opaque et lourde ; on ne trouve que quelques petites éle-

vures : le cordon et les ganglions inguinaux sont sains ; la douleur est absolument indolente.

Pas d'antécédents diathésiques.

La castration fut pratiquée quelques jours après.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un carcinome jeune, ayant détruit l'élément glandulaire, qui est réduit en un tissu gris, mou.

L'auteur n'a pu réunir que 27 cas certains de cancer du testicule ; ce qui prouve la rareté de l'affection ; les chirurgiens des hôpitaux d'enfants à Paris en voient à peine un ou deux dans leur pratique. Dans plus de la moitié des cas, c'est dans la première année que le mal a débuté ; à partir de 4 ans, le cancer est exceptionnel.

L'influence de l'hérédité sur la production de ces néoplasies semble être nulle, celle du traumatisme est des plus discutables, il peut tout au plus agir comme cause déterminante.

Le tableau clinique est toujours le même.

Il s'agit d'enfants ayant l'apparence d'une bonne santé, qui portent dans les bourses une tumeur indolente, mais qui grossit : en général la tuméfaction a été notée dès les premiers mois ; quelquefois même à la naissance ; la tumeur est unilatérale, régulière, ovoïde, rénitente, avec sensation de fluctuation, lourde ; occupe spécialement le testicule.

Le cordon est toujours sain ; de même en général les ganglions inguinaux et lombaires ; la peau est intacte, parfois rougeâtre, avec veines dilatées.

Le plus souvent on songe à une hématocèle. Une ponction exploratrice lève tous les doutes et amène quelques gouttes de sang liquide et de belle couleur ; la ponction seule permet aussi de différencier le cancer de certains faits de l'inclusion scrotale ; le liquide alors est transparent et limpide.

La tumeur grossit rapidement, mais ne devient presque jamais énorme. Si on n'opère pas, la peau s'ulcère, les ganglions s'engorgent.

En général la castration est pratiquée ; mais toujours quand on peut suivre le malade, on le voit succomber à la généralisation du néoplasme, dans les ganglions lombaires le plus souvent ; quelquefois aussi dans les poumons ; la survie est courte et c'est dans l'année que meurt l'enfant.

Les examens histologiques sont trop rares pour que l'on puisse donner une histoire anatomique du cancer ; il semble qu'il s'agisse le plus souvent d'un sarcome ou d'un carcinome.

Malgré les résultats désastreux, Monod pense que l'on doit opérer quand il n'y a pas généralisation et courir la chance d'une opération sans danger. H. L.

Über Anwendung permanenter Bäder bei Neugeborenen (De l'emploi des bains permanents chez les nouveau-nés), per F. WINCKEL (*Centralblatt für Gynækologie, nos 1 et 3, 1882*).

L'emploi des bains chauds permanents chez les enfants se trouve indiqué : 1° dans le cas de faiblesse extrême des enfants (enfants de 28 à 36 semaines) ; 2° dans le cas où les enfants sont dans un état d'asphyxie profonde par suite d'hémorragies pendant l'accouchement ou d'hémorragies par le cordon après l'accouchement ; 3° dans le cas d'affections cutanées : intertrigo, pemphigus étendu d'origine non syphilitique ; enfin dans

les cas de sclérème, de maladies du cordon, et dans les cas d'opérations (atrésie anale).

L'auteur a fait construire une baignoire spécialement destinée à cet usage. Il a constaté que les enfants, même très agités, restaient tranquilles dans la baignoire, avec un bain de 36 à 37° C. ; qu'on pouvait les maintenir plusieurs jours de suite, avec des interruptions de quelques minutes, qu'il suffisait d'ajouter de l'eau chaude toutes les heures, au plus toutes les demi-heures, pour conserver la température voulue; que les enfants pouvaient boire et dormir de longues heures dans le bain. Les expériences faites par l'auteur sont encore peu nombreuses; leur résultat a été satisfaisant; elles ont porté sur un enfant débile, atteint d'intertrigo, sur un jumeau peu développé et sur un enfant venu au monde en état d'asphyxie profonde et atteint d'ascite et d'atélectasie partielle du poumon droit. H. DE BRINON.

DERMATOLOGIE.

De la desquamation épithéliale de la langue, par V. GAUTIER (*Revue médicale de la Suisse romande, I*, 589 *et* 637).

Gautier distingue trois formes cliniques de desquamation linguale, en leur attribuant les caractères suivants :

1° Langue *géographique*, présentant des découpures à l'emporte-pièce, sans épaississement des bords, ni taches blanches initiales. Cette forme est indolore et n'offre pas de tendance à l'envahissement.

Le mode de début n'en a jamais été observé. Pour chaque poussée, l'évolution dure trois ou quatre semaines.

Cette variété, à laquelle appartiennent toutes les observations personnelles de l'auteur, se rencontre parfois sous la forme aiguë et temporaire dans des maladies très diverses; J. Bergeron l'a vue dans la fièvre typhoïde ; Barthez, Caspary, Vanlair dans la dyspepsie, les ulcérations intestinales, ou le catarrhe gastrique ; Gautier, chez deux pleurétiques et chez une rhumatisante.

2° Langue *festonnée*, où les découpures offrent des bords épais, comme festonnés. Egalement indolore comme la précédente, elle s'en différencie par sa marche envahissante, son allure toujours chronique et les taches blanches qui en annoncent l'apparition. Dès le lendemain, la tache blanche, qui était grande de quelques millimètres, est transformée en un anneau blanc d'un diamètre double, entourant une surface rouge vif desquamée. Au bout de trois à quatre jours, on voit une ligne ondulée blanc-grisâtre, légèrement saillante, constituée par une série de petits points croissants réunis par leurs extrémités. L'évolution d'une poussée est achevée en sept à dix jours.

Ces deux premières formes, à l'inverse de la suivante, sont plus communes chez les enfants.

3° Langue *lichénoïde*. Cette variété présente les mêmes bords épais

et festonnés, la même marche envahissante que la forme précédente, mais elle s'en distingue à la fois parce qu'elle s'accompagne de douleurs causées par la mastication et par certains aliments, et en outre par son mode de début, qui consiste en une prolifération épithéliale universelle de la surface linguale, donnant lieu à une couche épaisse, comme pseudo-membraneuse. Sa marche, toujours chronique, est plus lente que celle de la deuxième forme et l'évolution d'une poussée réclame de 20 jours à 2 mois.

Quelle qu'en soit la forme, la desquamation linguale s'observe presque toujours sur des sujets affaiblis par une maladie aiguë ou chronique ou par une prédisposition héréditaire. Les causes prédisposantes le plus souvent notées sont la syphilis héréditaire, les affections du tube digestif, la tuberculose, la scrofule et l'hystérie.

Dans la forme lichénoïde, 5 sur 6 des sujets observés par Moeller étaient atteints de tænia ou de bothriocéphales.

Le plus grand nombre des malades de Gautier appartenaient à la classe aisée; la desquamation linguale ne peut donc être attribuée à de mauvaises conditions d'hygiène.

Pour l'auteur, c'est une affection *sui generis* et non point seulement le symptôme d'une maladie du tube digestif ou d'une diathèse, telle que la syphilis; mais on ne sait rien de précis sur sa nature et sa pathogénie.

Les lésions anatomo-pathologiques sont les mêmes dans les trois formes. On n'y a constaté la présence d'aucun parasite spécial.

Le pronostic n'en est pas grave; malgré sa durée indéterminée, elle ne dégénère jamais en affection maligne.

Quand les collutoires ou les gargarismes au borax ou à l'acide chlorhydrique ont échoué, le mieux est de recourir aux badigeonnages de teinture d'iode. Pour le traitement général, on s'adressera aux toniques, aux stomachiques, aux vermifuges, etc. (*R. S. M.*, XVIII, 185; XIX, 206; XX, 209.) J. B.

De la glossite exfoliatrice marginée, par G. LEMONNIER (*Thèse, Paris*, 1883).

Sous ce nom, proposé par le professeur Fournier, l'auteur décrit un état morbide de la muqueuse linguale étudiée déjà par Bridon (affection innomée); Gubler (état lichénoïde); Vanlair (lichénoïde); Parrot (syphilis desquamative); Unna (exfoliation en aires); Gautier (desquamation épithéliale).

Sous le rapport anatomique, il indique, d'après Balzer, que la lésion la plus nette sur les produits obtenus par le raclage de la muqueuse est la transformation cavitaire de l'épithélium, symptomatique d'une inflammation très superficielle dermo-épidermique et que la maladie n'est pas de nature parasitaire.

Un peu réservé sur les influences étiologiques, telles que dyspepsie, arthritisme, etc., admises par divers auteurs (Bridon, Barthez, Caspary, Gubler, Vanlair), Lemonnier n'est affirmatif que dans la réfutation des idées de Parrot relatives à la nature syphilitique de la lésion et déjà reconnues inexactes (Unna). Dans la symptomatologie, l'auteur décrit très complètement les trois caractères spéciaux de la lésion : 1° exfoliation

linguale; 2° liséré périphérique; 3° l'état nomade. Il insiste particulièrement sur le troisième, montrant par des observations précises, avec schémas à l'appui, que les assertions de Unna sur la fixité du liséré périphérique sont absolument erronées. Le diagnostic est bien exposé.

Cette thèse renferme en outre sept observations inédites, dont trois avec schéma des déplacements du mal et un index bibliographique complet. H. DANLOS.

Note sur l'anatomie pathologique et la nature du psoriasis lingual, par LELOIR (*Progrès médical*, 15 décembre 1883).

Les coupes ont été pratiquées sur une langue dont les plaques leucoplasiques variaient du diamètre d'un grain de blé à celui d'une lentille et étaient constituées par des pellicules blanchâtres, adhérentes, sèches et rugueuses ; au niveau de ces plaques, il existe une couche épidermique offrant tous les caractères de la couche cornée de la peau, colorée en jaune par l'acide picrique et fort épaissie ; au niveau de sa moitié inférieure, elle a une teinte rosée due à des lacs d'éléidine diffusée ; au-dessous se trouve une couche granuleuse hypertrophique, représentée par six rangées de cellules fortement chargées d'éléidine. Ces deux couches s'arrêtent brusquement là où cesse la plaque blanche ; dans les régions non leucoplasiques, l'épiderme est sain. Donc, au niveau des régions malades, l'épiderme muqueux prend tous les caractères de l'épiderme cutané en voie de kératinisation active, comme cela se voit au niveau des durillons.

Le corps muqueux de Malpighi sous-jacent ressemble au corps de Malpighi sous-cutané, avec prolongements interpapillaires très accentués et épaississement très considérable. Même à une certaine distance des plaques, le derme muqueux, épaissi et infiltré de cellules, tend à se scléroser. Les fibres musculaires superficielles de la langue sont atrophiées. H. L.

Study of a case of multiple sarcomata of the skin (Myeloma, mycosis fungoïdes, etc), par James-Nevins HYDE (*Edinb. med. Journ., p.* 592, *janvier* 1884).

M..., âgé de 46 ans, d'une excellente santé jusqu'à 40 ans, sans aucun antécédent morbide personnel ou héréditaire. A cette époque, il commence à éprouver des démangeaisons et quelques papules rouges se montrent sur le corps : un traitement de bains à haute température le guérit momentanément.

En janvier 1881, de petites tumeurs se développent sur différents points du corps, sans troubles de santé. Bientôt elles se multiplient et prennent l'apparence suivante : la face, la poitrine, le dos, les organes génitaux sont remplis d'élevures tuberculeuses, variant de la grosseur d'un pois à celle d'une noix, sans tendance au ramollissement. Les muqueuses sont absolument saines.

Six mois plus tard, la situation a bien changé. Les tumeurs sont devenues énormes, confluentes ; elles ont déformé le visage et le tronc, qui ne forme presque qu'une plaie. Chaque tubercule initial est devenu une masse fongueuse ulcérée, donnant lieu à une sécrétion ichoreuse et fétide. L'état général est mauvais. Les fonctions digestives se maintiennent, mais il y a des phénomènes fébriles, de l'émaciation et une faiblesse extrême. Les bras et les jambes, quoique moins atteints que la face et le tronc, présentent une série de tumeurs rouges, lisses, quelques-unes ulcérées : les extrémités sont

tuméfiées comme dans l'éléphantiasis. Sur la cuisse gauche est un énorme ulcère ressemblant à une tomate éventrée ; d'autres ulcères sont entourés de végétations charnues comme des crêtes de coq.

La sensibilité cutanée est partout intacte.

La mort survient au mois de juillet 1881, un an environ après le début des premiers tubercules. L'autopsie ne put malheureusement être faite, mais l'examen histologique des tumeurs de la peau donne les résultats suivants : infiltration des éléments de la peau, surtout du derme, par des éléments jeunes, embryonnaires, les uns arrondis et nucléaires, les autres fusiformes. Absence presque complète de trame interstitielle. Il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes, d'un mycosis fongoïde. L'auteur ne discute pas le rôle du tissu lymphoïde dans ces néoplasmes, non plus que celui de l'arrêt de la lymphe dans la production de l'œdème éléphantiasique. Il ressort cependant de sa description, qu'il fallait songer à de la lymphadémie cutanée. H. R.

I. — Epidémie d'herpès tonsurant causé par le pansage de chevaux teigneux, par LARGER (*Revue d'hygiène et police sanitaire, III*, 138, *février* 1881).

II. — Ueber die Therapie der Sycosis, par KŒBNER (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 46, *p.* 686, 14 *novembre* 1881).

I. — En 1873, en très peu de temps, le cinquième de l'effectif d'un régiment de dragons fut atteint d'herpès tonsurant. Chez une partie des cavaliers, l'éruption occupait la face et le cou ; chez les autres, les avant-bras et les poignets.

Les jeunes chevaux récemment arrivés du dépôt de remonte étaient presque tous atteints de trichophytie.

De tous les traitements employés, le meilleur a été celui dû à Küss :

Avec l'index imbibé d'une solution saturée de chlorure de sodium, on fait une légère friction en suivant les bords de la circonférence de l'herpès. On trempe ensuite le doigt dans de la poudre de calomel et l'on revient sur les parties imbibées. Il se forme là du bichlorure de mercure à l'état naissant. La douleur est à peu près nulle.

Entre autres avantages, ce traitement laisse moins de traces visibles que la teinture d'iode ou l'huile de cade (*R. S. M.*, XX, 224, et XXII, 635).

II. — Le sycosis parasitaire, fréquent en Écosse et en France, assez commun dans le Holstein, est rare à Berlin et à Vienne, où Hebra resta longtemps sans en observer de cas, ce qui explique l'insuffisance du chapitre qu'il lui avait consacré dans son ouvrage.

Le sycosis simple n'est qu'une inflammation suppurée des follicules pileux. L'indication essentielle est d'évacuer le pus de chaque follicule malade, que ce soit au moyen de piqûres, d'incisions, de raclages ou d'épilations.

L'épilation est le procédé le plus rationnel ; mais on peut à la rigueur s'en dispenser. Le traitement, qui est alors plus long, consiste en rasages fréquents et en application de pommades inertes, qui n'ont nul besoin d'être désinfectantes comme le recommandait Hebra. La chose importante en effet dans le sycosis vulgaire, idiopathique, non parasitaire, est la médication antiphlogistique.

Quant au traitement du sycosis parasitaire, Koebner se trouve encore en désaccord avec Hebra, qui estimait suffisant l'emploi de la même médication en usage dans l'eczéma marginé parasitaire. L'épilation est indispensable et ne doit pas se borner, comme dans le sycosis idiopa-

thique, aux nodosités, aux parties phlegmoneuses, mais s'étendre à un rayon de quelques millimètres au delà, où les poils sont déjà envahis. En effet, tandis que dans le sycosis simple c'est le follicule pileux qui est primitivement malade et non le cheveu, qui est simplement ébranlé et qui cède facilement aux tractions, dans le sycosis parasitaire, le trichophyton envahit d'abord la gaîne du poil et se propage de là jusqu'à sa racine. Aussi les cheveux malades sont-ils très difficiles à extraire intégralement sans les briser. Il en résulte que le traitement du sycosis parasitaire est infiniment plus difficile et plus long. J. B.

I. — Herpès impétigineux, par LASSAR (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 1, p. 13, 1er janvier 1883*).

II. — Eine Herpesepidemie im Basler Bürgerspitale, par Frenz ZIMMERLIN (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 6, p. 137, 15 mars 1883*).

I. — 1° Homme dans la cinquantaine, non syphilitique et toujours bien portant.

Depuis 3 mois, en divers points du corps, surtout à la figure et au dos, il présente des cercles reposant sur un fond brun foncé et bordés de croûtes purulentes.

Au fur et à mesure que ces cercles se dessèchent et guérissent, il en naît d'autres ailleurs. L'éruption ne laisse aucune cicatrice.

2° Un enfant présentait depuis 2 ans, à un degré moins intense, une éruption semblable jusque-là rebelle à tout traitement. Lassar l'a guéri rapidement en enlevant les croûtes et en recouvrant les surfaces ulcérées avec une pâte composée d'acide salicylique, de zinc et de vaseline.

L'herpès impétigineux ou impetigo herpétiforme, décrit par Alibert et Willan est très rare. Hebra en a observé quelques cas liés à l'état puerpéral et terminés fatalement.

II. — De la fin de novembre 1882 à la fin de janvier 1883, non seulement tous les pneumoniques admis à l'hôpital municipal de Bâle, offrirent de l'herpès, mais on observa 30 cas de la même éruption parmi les autres malades et parmi le personnel de médecins, de religieuses et d'infirmiers.

Un fait curieux, c'est que l'aile du bâtiment consacrée aux femmes a seule été atteinte.

Les médecins et le personnel auxiliaire ont fourni 16 cas, dont 5 étaient accompagnés de coryza, tandis que dans les 11 autres l'herpès facial était indépendant de toute maladie.

2 religieuses et 1 interne ont eu des récidives.

Parmi les malades atteintes, se trouvaient 3 angines diphtéritiques, 2 fièvres typhoïdes; les autres avaient une angine catarrhale, une phtisie, une gangrène pulmonaire, un eczéma, de l'hystérie; enfin des deux dernières, l'une venait d'accoucher, l'autre de subir une ovariotomie.

Dans la plupart des cas, l'éruption n'a pas eu de prodromes; quelquefois elle a été précédée de quelques légers frissonnements.

Le plus souvent elle siégeait aux lèvres. J. B.

Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Neuritis und des Herpes Zoster (Contribution à la pathologie et à l'anatomie pathologique de l'herpès zoster), par K. CURSCHMANN et C. EISENLOHR (*D. Arch. f. klin. Med., XXXIV, Heft 4, p. 409, 1884*).

Les auteurs rappellent les discussions qui ont eu lieu sur la nature des

lésions nerveuses dans le zona. Dans un récent travail, Pitres et Vaillant (*Arch. de neurologie*, nos 14 et 15, 1883) ont prétendu que la lésion du ganglion spinal pouvait être consécutive à la lésion ascendante des nerfs sensitifs et de la racine postérieure. Curschmann et Eisenlohr ont eux-mêmes observé un fait qui est en faveur de cette opinion. Il s'agit d'un homme de 70 ans qui, à la suite d'une névralgie de la nuque et de la région de l'épaule, avait eu une éruption d'herpès zoster sur le trajet des rameaux des nerfs axillaire, brachial, cutané interne, médian et musculo-cutané. L'éruption, très confluente, laissa après elle de véritables pertes de substance suivies de la production de cicatrices. Quelques mois après, on vit se développer sur le trajet des rameaux nerveux en question des nodosités dures, non douloureuses. On extirpa sur le vivant quelques-unes de ces nodosités, et on les trouva constituées par des amas de tissu scléreux développés aux dépens de la gaine fibreuse du nerf. Les faisceaux nerveux eux-mêmes étaient intacts. Plus tard, la mort du malade permit l'examen des ganglions spinaux ; ils étaient également sains. Il s'agissait ainsi d'une sorte de périnévrite noueuse aiguë.

Curschmann a eu d'autre part l'occasion d'observer, mais au point de vue clinique seulement, le développement de semblables nodosités sur le trajet des nerfs cutanés à la suite d'une éruption de zona. Il ne semble donc pas y avoir là une simple coïncidence toute fortuite.

Il existerait donc une névrite spéciale, ou mieux une périnévrite, caractérisée par la production de nodosités qui englobent le tronc nerveux, et par la production d'une éruption zostériforme dans le district cutané correspondant.

Enfin les auteurs rapportent pour terminer un cas de zona intercostal survenu chez un asystolique quelque temps avant la mort. A l'autopsie les ganglions spinaux correspondants étaient intacts, mais il existait un foyer hémorragique au pourtour des troncs nerveux à leur sortie des trous de conjugaison. A. MATHIEU.

Ueber einen Fall von tödlicher pemphigusartiger Dermatitis mit Veränderungen im Nervensystem (Un cas de dermatite pemphigoïde avec lésions du système nerveux), par P. MEYER (*Arch. f. path. anat., u. physiol., Bd. XCIV*, S. 186, 1883).

Il s'agit d'un homme de 65 ans, fortement constitué, qui ne présentait aucun antécédent héréditaire ou personnel. Il avait été bien portant jusque-là, lorsqu'il lui survint une affection cutanée, d'aspect eczémateux, puis pemphigoïde : la mort survint en sept semaines.

Au début, après des démangeaisons assez vives, il apparut sur la peau des plaques rouges disséminées, fortement prurigineuses, bientôt suintantes, qui présentaient l'aspect de plaques eczémateuses. Sur d'autres points, la lésion initiale fut représentée par des vésicules ou par des taches fortement suintantes semblables à celles de l'eczéma rubrum, à la surface desquelles il ne parut aucune espèce de croûte. Il n'y avait à cette époque ni fièvre, ni perte d'appétit; en un mot, aucun phénomène menaçant.

Dans le cours de la quatrième semaine, de grosses bulles, disséminées, apparurent sur le tronc et les extrémités inférieures, et l'éruption prit tout à fait l'aspect du pemphigus. A cette époque, l'appétit tomba, la fréquence du pouls devint plus grande. La température présentait des exacerbations ves-

pérales presque insignifiantes. Puis les forces diminuèrent, le sommeil devint très mauvais. Le pemphigus ne présentait aucune tendance à la guérison ; il se recouvrait de squames croûteuses qui tombaient successivement comme dans le pemphigus foliacé. La peau sous-jacente était, du reste, peu suintante ; sur certains points, elle se recouvrait de granulations. Les lésions tendaient de plus en plus à se généraliser ; l'état général s'aggravait. La mort eut lieu sept semaines après le début de l'affection. Il n'y avait jamais eu de sucre ni d'albumine dans l'urine.

L'examen des filets nerveux révéla une dégénérescence très accentuée sur les rameaux correspondant aux parties de la peau atteintes par le pemphigus. Il existait une névrite caractérisée par la segmentation de la myéline et la prolifération des noyaux. Dans la moelle, on trouva de la sclérose des cordons de Goll et des foyers scléreux dans le cordon de Burdach. Il y avait aussi un peu de prolifération conjonctive dans les cordons latéraux à la région lombaire supérieure et à la partie inférieure de la région dorsale, mais seulement au voisinage des racines postérieures. Il n'y avait rien dans les cordons antérieurs et seulement un peu de pigmentation des grandes cellules antérieures.

A. MATHIEU.

I. — On urticaria pigmentosa or Xanthelasmoïdea, par Thomas COLCOTT FOX (*Medico-chir. Trans. LXVI, p.* 330, 1883).

II. — Notes on a rare form of skin disease resembling in some of its feather Urticaria pigmentosa, par Wallace BEATTY (*The Dublin Journ. of medic. Soc., p.* 512, *juin* 1884).

I. — L'auteur publie un cas inédit qu'il a pu suivre plusieurs années. Il s'agit d'un enfant qui, dès l'âge de cinq semaines, présenta de petites taches rouges, qui devinrent des élevures papuleuses brunâtres, et laissèrent des traces cuivrées. L'affection parut débuter par la face et le cou, pour s'étendre de là au tronc. A 18 mois, les éléments papuleux se montraient sous l'aspect de plaques arrondies ou ovales, granuleuses, à périphérie pigmentée, surtout confluentes sur les flancs et l'abdomen. Les élevures récentes ressemblent bien davantage à de l'urticaire et sont prurigineuses ; plus anciennes, elles cessent de l'être. La mère de l'enfant est affectée d'urticaire, mais sans chronicité et sans pigmentation durable.

Outre ce fait personnel, l'auteur indique ce que sont devenus les sujets décrits en 1875 par Tilbury Fox. Un des enfants a complètement guéri ; l'autre est choréique, et garde quelques taches pigmentées indélébiles, mais n'a plus de nouvelle éruption. Le troisième, cinq ans après l'observation, a encore son éruption, qui garde les caractères de l'urticaire, plus une pigmentation anormale. Cette pigmentation va elle-même s'atténuant.

Fox joint à son mémoire l'analyse de tous les cas jusqu'ici publiés, au nombre de 19, qu'il réunit en un tableau synoptique, et il donne une figure des lésions histologiques trouvées en pareil cas. Il ressort de la coupe microscopique de la peau, au niveau d'une papule chroniquement pigmentée, que le tissu de la portion supérieure du chorion est raréfié au dernier degré et comme sclérosé. Les vaisseaux paraissent chroniquement dilatés. Au milieu des tissus raréfiés se voient des cellules embryonnaires et des amas de pigment. En un mot, ce sont là les lésions de l'œdème chronique de la peau telles que les a décrites Renaut. Le

dépôt de pigment est la conséquence de la congestion longtemps prolongée et aussi d'une diapédèse hémorragique locale.

II. — Garçon de 15 ans, atteint depuis deux ans d'une éruption cutanée dont les caractères sont les suivants : elle se compose : 1° de papules rouges, légèrement surélevées, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois; elles sont surmontées par une croûtelle sanguine, suite de grattage ; 2° de taches circulaires d'un brun foncé, érythémateuses, donnant une sensation rugueuse au toucher ; 3° de taches similaires à centre blanchâtre et à périphérie d'un rouge brunâtre. Le siège de cette éruption polymorphe est la peau du cou, le dos, le devant de la poitrine et les membres dans le sens de l'extension ; c'est sur la poitrine que les taches sont le plus confluentes. Les éléments éruptifs d'ancienne date pâlissent, la teinte érythémateuse s'en va, mais le centre reste blanchâtre et la périphérie brunâtre, pigmentée.

L'évolution de cette singulière dermatose est la suivante : l'enfant éprouve de la démangeaison en un point où la peau semble absolument normale ; il se gratte, et la rougeur apparaît. Au bout de quelques heures, se montre un élément papuleux, plus ou moins prurigineux, qui se développe excentriquement en croissant par la périphérie, et en s'affaissant au centre. La portion centrale pâlit et devient blanche ; l'anneau périphérique, au contraire, fonce de teinte et se pigmente.

Un frère du malade, âgé de 3 ans, présente une éruption de même apparence, qui date déjà de deux ans.

L'auteur rapproche cette éruption des cas décrits par Tilbury Fox sous le nom de Xanthelasmoidea, et par Sangster sous le nom d'Urticaria pigmentosa. Les cas publiés jusqu'ici diffèrent cependant, car ils se sont toujours montrés dans les six premiers mois de l'existence, et ils commencent par de larges taches d'urticaire, au lieu de débuter par de petites papules. H. R.

Ueber lupöse Verkrümmungen der Finger (Sur les déformations lupiques des doigts), par Paul GÜTERBOCK (*Arch. f. pathol. anat. u. phys., Bd. XCIV, Heft* 2, *p.* 218, 1883).

L'auteur a décrit autrefois les déformations lupiques des doigts chez deux malades de l'hôpital de Béthanie (mêmes archives, Bd. 53), et la présente communication a pour but de signaler l'évolution ultérieure des lésions dans ces deux cas. En même temps il en rapporte un troisième exemple.

Chez les deux premiers malades, on a obtenu une guérison complète par l'emploi de caustiques et d'émollients. Les rétractions ont même cédé beaucoup plus complètement qu'on n'aurait pu l'espérer, grâce à une extension sensible du tissu de cicatrice.

Dans l'observation nouvelle, il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, chez lequel l'affection avait débuté vers l'âge de 6 ans, par les deux pouces. Les os étaient dénudés, la peau détruite par la suppuration. Les pouces étaient déformés. Plus tard, d'autres doigts se prirent ainsi que les orteils, des ulcérations se produisirent sur la face dorsale des avant-bras. Partout le processus était le même : gonflement, rougeur et chaleur de la peau, issue du pus par un point punctiforme, et ulcération de plus en plus étendue, recouverte par une croûte jaune.

La nutrition est en mauvais état, la teinte jaune, cachectique, l'amaigrissement prononcé.

Les doigts sont déformés, les phalanges sont immobilisées dans une situation vicieuse, raccourcies, les ongles sont échancrés, amincis ou irrégulièrement épaissis. Les ulcérations sont recouvertes de croûtes à moitié détachées, sous lesquelles on trouve des surfaces granuleuses, suintantes et parfois saignantes.

Des ulcérations semblables se rencontrent encore aux coudes, aux pieds, à la jambe.

On trouve en plusieurs endroits des cicatrices pâles, arrondies, légèrement déprimées, entourées par un liséré plus sombre. Elles sont, pour la plupart, au voisinage des ulcérations, d'autres sont isolées. On en trouve aux avant-bras, sur le dos de la main et sur le dos du pied.

L'examen histologique pratiqué par Friedländer a montré au niveau des ulcérations du tissu de granulations. ALBERT MATHIEU.

I. — Die Iodstichelung des Lupus (Discussion de la Société médicale de Berlin) (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 1, p. 13, 2 janvier* 1882).

II. — Vorstellung einer Kranken mit Lupus und Carcinom, par G. LEWIN (*Idem, n° 3, p. 44, 22 janvier* 1884).

I. — Dans le traitement du lupus, Kuester ne trouve aucune supériorité aux scarifications iodées de Lassar sur la méthode de Pfeil qu'il emploie depuis 6 ans. Ce sont des scarifications suivies de cautérisations avec un mélange à parties égales de chlorure de zinc et d'alcool. Avec cette médication, on obtient tout ce qu'on peut espérer dans la cure du lupus, c'est-à-dire une guérison plus ou moins temporaire.

Kuester n'a jamais vu guérir définitivement que les cas de lupus où le mal était encore assez limité pour qu'on pût extirper largement la peau malade et encore cette cure radicale a-t-elle été suivie parfois de récidives.

Lassar ne reproche au traitement de Pfeil que la cautérisation consécutive qui est très douloureuse. Il préfère opérer scarification et cautérisation simultanément, au moyen d'un bistouri trempé d'iode, parce que les douleurs cessent aussitôt l'opération finie.

Von Langenbeck a deux fois pratiqué la rhinoplastie totale, après avoir enlevé toute la peau atteinte de lupus. Mais au bout de quelques années, le nouveau nez formé aux dépens des téguments frontaux s'est laissé envahir par le mal. (*R. S. M.*, II, 789 ; III, 661 ; XIII, 631 et 632 ; XV, 603 ; XIX, 201 et XXII, 631.)

II. — G. Lewin rapporte deux nouveaux exemples de cancer développé sur un lupus.

1° Femme de 44 ans, atteinte depuis 10 ans d'un lupus de la face, ulcéreux par places, hypertrophique en d'autres.

Sur le menton, au sein des tissus envahis par le lupus, est apparu un cancer ; la nature de la masse morbide a été confirmée par le microscope.

2° Homme de 52 ans. Son cancer, qui siégeait au voisinage de la racine du nez, était entouré d'un côté par du tissu cicatriciel de lupus, de l'autre par un lupus ulcéré.

Le passage graduel des tissus hétérogènes se laissait très bien reconnaître sous le microscope.

A la partie extérieure du lupus, confinant à la peau saine, on voyait une dilatation considérable des vaisseaux ; un peu plus en dedans, ces vaisseaux

étaient entourés par les cellules caractéristiques du lupus. Puis graduellement, les cellules de lupus confluaient en formant des nids. Enfin, tout à fait au centre, elles subissaient la fonte caséo-purulente.

Non loin de ce mélange de lupus et de cellules de pus, on distinguait des globes épithéliaux en partie remplis des cellules cancéreuses caractéristiques et s'enfonçant dans le tissu sous-cutané. (*R. S. M.*, I, 231; VI, 198; VII, 233; XV, 602; XVI, 620.) J. B.

On hœmorrhagic lupus of the female genital organs, par J.-Matthews DUNCAN (*Edinb. med. Journ., p.* 5, *juillet* 1884).

La variété de lupus que décrit l'auteur dans ce mémoire a pour caractéristique une érosion à marche progressive, saignant facilement et donnant lieu à des hémorragies parfois considérables. Cette affection se voit le plus communément à l'époque de la ménopause et coïncide avec la présence d'une sorte de vaginite chronique sénile, liée à l'existence d'un rétrécissement du vagin. Voici les principales observations du mémoire :

Obs. 1. Femme de 57 ans, multipare, se plaint d'une perte de sang considérable par la vulve. Quelques années auparavant, l'auteur avait constaté une petite végétation urétrale, et une plaque rouge sur la muqueuse des petites lèvres. Cette plaque s'est indurée et est devenue une érosion ulcéreuse, à marche lente, non douloureuse.

Obs. 3. Fille de 18 ans, de race tuberculeuse et d'aspect strumeux. Depuis dix mois,elle se plaint de douleurs en urinant, avec leucorrhée alternant avec de petites hémorragies non menstruelles. A l'examen, on constata un épaississement, une rougeur insolite de l'hymen, avec de petites végétations infiltrées de sang à la surface. Le vagin est pâle, et parsemé de surfaces érosives : l'une d'elles donne du sang au moindre attouchement et rien que l'examen local suffit pour déterminer une hémorragie assez copieuse. Traitement par des applications locales astringentes; guérison rapide, mais récidive au bout de quelques semaines.

Obs. 4. Femme de 42 ans, prise d'hémorragie vulvaire est amenée à l'hôpital de Saint-Barthélemy. On constate, en l'examinant, que la paroi inférieure de l'urètre est absente : au point de jonction de l'urètre et de la vessie se voit un épaississement nodulaire, non ulcéré : le doigt pénètre aisément dans le vagin, à travers un anneau induré. Derrière la grande lèvre gauche existe un ulcère pâle, à bords irréguliers, taillés à pic, pénétrant dans le vagin, sans induration. Une ulcération analogue, mais indurée, existe du côté droit du vagin, et donne lieu à un suintement sanglant : une petite artériole érodée fournit du sang. Traitement par l'application locale de perchlorure de fer.

L'auteur n'indique pas quels sont les caractères anatomiques de ces ulcérations calleuses, et en quoi elles diffèrent de certaines variétés d'épithéliomes. H. R.

Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du lupus, par V. CORNIL et H. LELOIR (*Archiv. de physiologie*, 1er *avril* 1884).

Les auteurs se sont posé les deux questions suivantes : 1° le lupus inoculé présente-t-il ce caractère essentiel des tubercules, de se reproduire et d'amener une infection généralisée? 2° Trouve-t-on dans le lupus les bacilles qui paraissent être l'élément spécifique du tubercule?

1° *Inoculation.* — Des inoculations intra-péritonéales de lupus *tuberculeux* pratiquées chez quatorze cobayes ont donné les résultats suivants : cinq fois l'inoculation a été suivie de tuberculose généralisée; neuf fois

les animaux n'ont pas présenté de tubercules à l'autopsie. Sur les neuf cobayes qui n'ont pas fourni de résultats positifs, il en est deux qui sont morts accidentellement, l'un au trente-et-unième, l'autre au cinquante-quatrième jour de l'inoculation; les sept autres ont été sacrifiés de un à cinq mois après l'inoculation, et il est possible que si on les eût laissé vivre plus longtemps, quelques-uns d'entre eux fussent devenus tuberculeux.

Des inoculations intra-péritonéales de lupus *érythémateux* pratiquées chez trois cobayes ont donné les résultats suivants : des deux premiers animaux inoculés, l'un vit encore, l'autre est mort accidentellement; le troisième seul est mort spontanément tuberculeux. Mais il faut noter que ce dernier a été inoculé non pas avec du lupus érythémato-acnéique, mais avec du lupus érythémato-tuberculeux; il vaudrait donc mieux ranger ce dernier cas positif à côté des inoculations de lupus tuberculeux.

L'inoculation sous-cutanée d'un cochon de lait avec du lupus *tuberculeux* n'a pas fourni de résultat positif. L'animal, sacrifié quatre mois après l'expérience n'offrait, aucune trace de tuberculisation.

Des inoculations de lupus *tuberculeux* dans la chambre antérieure de l'œil de quatre lapins ont donné les résultats suivants : une fois s'est développée une infiltration tuberculeuse de la cornée; une fois la mort est survenue accidentellement; une fois l'examen n'a pas été fait; une fois, enfin l'examen est resté incomplet.

2° *Recherche des bacilles.* — Dans douze cas de lupus tuberculeux des plus nets, sur un nombre considérable de préparations, aucun bacille n'a été rencontré (sauf dans un cas, chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire, et encore n'y avait-il qu'un seul bacille dans douze coupes examinées).

Se fondant sur les résultats négatifs fournis par la recherche des bacilles, sur l'inconstance de la réussite des inoculations, sur la longueur de la période qui dans les cas positifs s'écoule entre la date de l'inoculation et la date de l'apparition des tubercules, les auteurs expriment cette idée que si le lupus est une tuberculose locale, c'est en tout cas une tuberculose atténuée. V. HANOT.

Observation de chromydrose, par DECHAMBRE (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série*, *tome XIII*, *n°* 14).

Il s'agit d'une jeune dame de 27 à 28 ans qui, à la suite d'un second accouchement, avait conservé de la leucorrhée et un certain sentiment de faiblesse. A part cela, la santé n'était nullement ébranlée, l'appétit était bon, la digestion normale. Il n'y avait pas eu trace d'ictère.

Vers le quatrième jour des couches, cette dame s'était aperçue qu'une petite chaîne d'argent, touchant à sa peau, avait bruni. A ce moment déjà des taches, les unes d'un bleu azur, les autres verdâtres ou jaunâtres, de formes irrégulières et de grandeurs inégales, existaient autour du cou, au dos et sur le devant de la poitrine, à l'exception des seins recouverts d'ouate. Rien de pareil sur la face. Peu à peu les côtés de la poitrine, l'abdomen et les reins furent envahis. La malade avait observé que ces taches étaient d'autant plus marquées que la sueur était plus abondante. Elles déteignaient fortement sur le linge de corps, et disparaissaient entièrement au blanchissage. L'examen

de fragments de linge confiés à différents chimistes a donné les résultats suivants :

M. Personne a conclu que la sueur charriait un principe colorant de la bile, mais plus ou moins modifié et altéré par son passage à travers l'économie.

Pour M. Vidau, la matière colorante ne renfermait aucun principe biliaire, mais il déclarait ne pouvoir se prononcer sur son véritable caractère chimique.

M. Schutzenberger exprimait l'avis que la substance chromhidratique se rapprochait de l'uroxanthine.

Enfin M. Hénocque trouva au microscope des cellules épithéliales, des granulations granuleuses colorées, des cristaux et paillettes bleus et des granulations pigmentaires brunâtres.

Quelque temps après ces examens, les taches disparurent peu à peu, sans aucun traitement. G. DECAISNE.

Étude d'un microbe rencontré sur un malade atteint du clou de Biskra, par DUCLAUX et FOURNIER (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série, t. XIII, n°* 24).

Chez un malade atteint de clou de Biskra et en traitement dans le service de M. Fournier, M. Duclaux a trouvé, chaque fois qu'il l'a cherché, un coccus de moins d'un μ de diamètre, contenu dans le sang des piqûres faites au voisinage du clou, et aussi dans le sang de la circulation générale. Ce coccus se reproduit facilement, sous forme de grains doubles ou de zoogloéas, dans du bouillon de veau parfaitement neutre. Introduit dans la circulation du lapin, il provoque chez cet animal une maladie chronique, caractérisée par des poussées successives dans le derme de clous gangréneux à leur sommet, quelquefois irrégulièrement disséminés sur toute la surface du corps, d'autres fois agminés et même confluents, et rappelant les caractères objectifs du clou de Biskra.

Pendant toute la période éruptive, l'animal souffre, maigrit ; son poil se hérisse. Il présente en outre parfois des abcès sous-cutanés remplis d'un pus crémeux. Peu à peu, les clous cessent et la guérison a lieu. Fait important, le microbe inoculé se retrouve dans le pus des clous et des abcès.

Si on cultive le microbe dans du bouillon de veau concentré, et si l'on injecte vingt gouttes du liquide de culture sous la peau d'un lapin, on détermine au bout de vingt-quatre heures une lymphangite très accusée, suivie, à bref délai d'une gangrène, embrassant un espace quelquefois large comme la main. Cette gangrène se limite et, longtemps avant la chute de l'escarre, l'animal a repris ses allures ordinaires.

Si l'on injecte dans la veine de l'oreille d'un lapin un quart de centimètre cube de la même culture, on voit l'animal périr en seize heures environ. A l'autopsie on trouve une péricardite souvent intense et des épanchements pleurétiques parfois limpides et incolores, d'autrefois colorés par de l'hémoglobine en solution. Les poumons, emphysémateux, sont remplis d'infarctus sanguins. Le sang et l'urine sont remplis de microbes.

Pour que le microbe produise ces effets, il faut que sa culture soit jeune, âgée au plus de trois jours. Au bout de dix jours, la virulence a diminué ; on trouve toutefois des abcès multiples dans le foie et dans les reins. Les tubes droits et les nodules de Malpighi sont remplis de pus et

de microbes. On en trouve aussi dans l'urine, mais le sang n'en renferme déjà plus.

Si on inocule la même culture après vingt-cinq ou trente jours, l'injection sous la peau n'amène qu'une petite tumeur qui abcède rapidement par une ouverture cratériforme. Dans le sang, il n'y a aucun effet apparent pendant quelques jours. Au bout de quinze jours à six semaines, apparaît une paralysie du train postérieur éclatant quelquefois brusquement, précédée et annoncée d'autres fois par des convulsions et des attaques passagères de courte durée. La mort ne se fait pas attendre. On trouve à l'autopsie les lésions d'une méningite spinale, souvent hémorragique, avec suppuration de tout le tissu spongieux des vertèbres.

Au bout de deux mois, l'inoculation de la culture est tout à fait inoffensive, de quelque façon qu'elle soit faite. GASTON DECAISNE.

Du bouton de Gafsa au camp de Sathonay, par Ed. BOINET et Ch. DEPÉRET (*Lyon médical*, 20 *avril* 1884).

Un bataillon du 38e de ligne contracta cette maladie pendant l'expédition de Tunisie et la rapporta en France; un homme n'étant jamais allé en Afrique et 13 hommes restés sains en Tunisie en furent atteints. Les auteurs purent l'étudier sur 29 hommes non encore guéris; en comptant 25 malades guéris à leur retour, le bataillon a fourni 68 cas.

L'évolution de la maladie comprend quatre périodes :

1° Induration; petite élevure rougeâtre, indolente, très indurée à la base, représentant un véritable tubercule de 2 à 3 centimètres;

2° Desquamation. Après deux semaines l'épiderme s'exfolie en larges lamelles, formant un revêtement en couches, avec suintement, sans accompagnement d'adénite;

3° Ulcération. Sous les croûtes, le bouton se creuse, formant un ulcère taillé à pic, irrégulier, à fond livide, suintant; la durée de cette ulcération peut atteindre six mois;

4° Cicatrisation qui demande quatre à six semaines.

Suivant l'intensité des diverses périodes, le bouton de Gafsa présente diverses variétés, papulo-tuberculeuse, crustacée, desquameuse, érodante, etc.

11 fois il n'y a eu qu'un clou; 20 fois 2, 3 ou 4; 9 fois, plus, sans dépasser 12. La main, la jambe, le pied, le cou sont les sièges d'élection; 7 fois il existait à la face, 7 fois à l'avant-bras.

Le seul traitement efficace a été la cautérisation au fer rouge.

Les auteurs ont vu deux fois la contagion directe se produire chez deux soldats n'ayant pas fait partie de l'expédition. Chez six sujets déjà porteurs de clous, l'inoculation a été suivie de succès et il a fallu cautériser pour arrêter l'extension de l'ulcère.

Chez les animaux, l'inoculation de la lymphe du clou n'a rien donné chez le chien et le lapin; chez le cobaye, on obtient tantôt une petite masse indurée, tantôt une ulcération; dans ce dernier cas, l'animal meurt peu de jours après.

En inoculant les croûtes délayées dans l'eau distillée et les injectant sous la peau ou dans les veines, on a obtenu sur le cobaye à peu près

les mêmes résultats. Chez le cheval, une injection sous-cutanée a déterminé une ulcération à base indurée qui représente assez bien le bouton et qui a guéri.

L'examen histologique ayant fait reconnaître dans la lymphe des micrococcus, les auteurs ont fait avec succès des cultures et l'inoculation de ces liquides a déterminé tantôt des indurations, tantôt des ulcérations; certaines cultures amènent une mort rapide de l'animal.

Le clou de Gafsa est donc dû à un bactérien et les symptômes de l'affection le rapprochent du clou de Biskra, du bouton d'Alep.

A. CARTAZ.

I. — Ueber die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehung zu den multiplen Neuromen, par F. von RECKLINGHAUSEN (*Berlin* 1882).

II. — Multiple angeborene Fibromata mollusca (sog. Neurofibrome v. Recklinghausen's), par E. MODRZEJEWSKI (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 42, *p.* 627, 16 *octobre* 1882).

III. — Un cas de pachydermatocèle, par H. MUELLER (*Ibidem*, *n°* 45, *p.* 687, 6 *novembre* 1882).

I. — Toutes les fois qu'il se développe sur la peau des fibromes mous (molluscum fibreux) multiples, on trouve également sur les nerfs, tout particulièrement sur ceux du tronc, de nombreux néoplasmes identiques à ceux de la peau.

Sur les nerfs, ces tumeurs se développent dans le tissu conjonctif qui entoure les faisceaux de fibres nerveuses et que Key et Retzius ont nommé endonèvre. Ces fibromes sont donc placés entre l'épinèvre et les fibres nerveuses proprement dites qui demeurent intactes; tout au plus sont-elles parfois amincies.

Le névrilemme n'est envahi que secondairement par la néoplasie.

Dans la peau, les fibromes naissent de la partie profonde de la couche réticulaire et s'accroissent tantôt vers la périphérie, tantôt vers le tissu sous-cutané.

Le point de départ de ces néoplasmes dans les couches profondes de la peau est dans les gaînes conjonctives des canaux glandulaires, des follicules pileux, des artérioles et par-dessus tout des nerfs.

Dans les fibromes mous de la peau qui sont encore peu développés, on aperçoit des fibres nerveuses qui traversent toute leur épaisseur, entourées d'un tissu mou, non fibreux, extrêmement riche en cellules, qui forme la portion principale de la nodosité. Dans les couches externes de ces tumeurs, les cellules conjonctives sont plus rares et la structure fibreuse est plus manifeste.

Au sein des fibromes plus anciens, on ne voit plus de fibres nerveuses; elles ont été détruites par la condensation et l'induration du tissu conjonctif.

Donc, à l'origine, les fibromes cutanés mous et multiples sont des névrofibromes, car ils se développent sur les fins ramuscules nerveux de la peau, tout à fait de la même façon que les névromes sur les troncs principaux des nerfs et présentent au début la même structure qu'eux.

II. — Polonaise, âgée de 37 ans, sans antécédents morbides. Depuis l'enfance, elle a toujours vu sa peau parsemée d'élevures qui ont grossi

très lentement, sans lui occasionner d'autres troubles que des démangeaisons. Il y a quelques mois seulement, une des nodosités de la région claviculaire, qui, à la longue avait atteint le volume d'un œuf de poule, se mit à augmenter rapidement de volume, en même temps qu'elle devenait douloureuse.

Modrzejewski a compté sur cette femme 3,020 tumeurs réparties sur la totalité du corps, et de dimensions très variables. Les plus petites étaient grosses comme des graines de pavot. La plus volumineuse, grosse comme les deux poings, était implantée sur l'abdomen avec un pédicule de 27 centimètres de long.

Leur surface était généralement lisse, mais quelques-unes étaient couvertes d'inégalités dues à des nodosités secondaires.

La majorité d'entre elles présentait un petit orifice avec comédon.

Leur forme était hémisphérique ou globuleuse. Mais, sur le cuir chevelu et le dos où elles se touchaient les unes les autres, leurs surfaces en contact étaient aplaties et offraient des facettes.

Les petites tumeurs avaient une consistance uniformément molle; les tumeurs volumineuses avaient une consistance plus ferme et à leur intérieur on sentait un noyau, donnant l'impression d'un peloton embrouillé, plus dur que la masse qui l'environnait.

Toutes, à l'exception de la tumeur claviculaire, étaient indolores et mobiles. Cette dernière était plus grosse qu'une tête d'adulte, s'étendait de la clavicule gauche au bord supérieur de la 7e côte, et du rebord sternal droit à la face interne du bras gauche.

Derrière le tragus gauche, se voyait une tumeur du volume d'une noix, appendue à un pédicule inséré à la partie interne, inférieure et postérieure du conduit auditif. Sur l'anthélix droit, se trouvait également une tumeur de la grosseur d'une noisette qui masquait complètement l'entrée du conduit.

Les pieds, le nez, les joues, la lèvre inférieure étaient libres. Il en était de même des muqueuses accessibles.

Sur le trajet des nerfs médian et péronier, on percevait des nodosités.

Modrzejewski excisa une des tumeurs dorsales, ayant les dimensions d'une noisette, pour l'examiner au microscope. Il la trouva composée de la réunion de plusieurs nodules offrant chacun la structure du fibrome mou. Dans les nodules les plus volumineux, c'était la substance fibreuse intercellulaire qui prédominait, tandis que dans les petits, c'étaient les cellules fusiformes ou étoilées. L'adventice des artérioles, à leur entrée dans le néoplasme, était très épaisse et riche en cellules; plus loin, elle se fondait complètement avec lui. De même, les conduits des glandes sudorales confondaient leurs parois épaissies avec le tissu morbide, mais leur épithélium était intact. Le plus grand nombre des nodules composant la tumeur provenaient de la partie profonde de la couche réticulaire. Quelques-uns siégeaient immédiatement au-dessous de la couche papillaire demeurée intacte et avaient une forme semi-lunaire avec convexité tournée vers l'extérieur. L'épiderme, comme la couche papillaire, n'offrait d'autre altération qu'un amincissement et une distension.

La plus grande partie des glandes sébacées et des follicules pileux étaient atrophiés.

La malade succomba au marasme déterminé par l'ulcération gangréneuse et les hémorragies de la tumeur claviculaire.

L'examen microscopique *post mortem* de la tumeur claviculaire montra qu'on avait affaire à un fibrome à cellules fusiformes, implanté sur les pectoraux et adhérent au périoste de la clavicule. L'autopsie révéla l'existence de fibromes sur tous les nerfs rachidiens examinés ainsi que sur le facial droit et les susorbitaires; il s'en trouvait aussi deux sur la muqueuse intestinale, l'un gros comme une tête d'épingle au niveau de l'iléon, l'autre

de la grosseur d'un pois dans le colon transverse. En outre, le jéjunum présentait un myome sous séreux ayant les dimensions d'une noisette, et la cavité du corps et du col de l'utérus contenait plusienrs polypes muqueux.

A l'observation sont jointes deux figures représentant la malade vue de face et de dos. (*R. S. M.*, IX, 227; X, 192; XVII, 182 et XVIII, 190.)

III. — Demoiselle de 32 ans, cyphotique. Immédiatement après la naissance, on remarqua sur son corps quelques taches brunes, qui tout en grossissant, ne formèrent de véritables tumeurs qu'à l'âge de 14 ans. Depuis lors, elles ont continué à se développer très lentement.

Les régions moyenne et inférieure du tronc sont entourées d'une masse aplatie, paraissant continue à première vue et formant des lobes et replis nombreux qui se recouvrent en partie. Lorsqu'on soulève ces plis, on reconnaît qu'en réalité cette masse est interrompue sur 3 points; dans la ligne axillaire antérieure droite, à l'ombilic et au côté gauche du dos. Elle se compose donc de 3 tumeurs dont la plus petite pend sur la moitié droite du ventre, la plus large occupe le dos et la troisième, l'intervalle entre les deux autres. Le lobe le plus long descend jusqu'au milieu de la cuisse gauche. Tous ces sacs cutanés semblent vides et leurs parois se laissent écarter; ils ont la consistance des seins flasques. La peau qui les forme est cuivrée et sillonnée de plis nombreux.

Pas de tumeurs appréciables sur le trajet des nerfs. (*R. S. M.*, II, 363, et VII, 645.) J. B.

Xeroderma pigmentosum, par KAPOSI (*Wien. med. Jahrbücher, Heft 4, p.* 619, 1882).

Kaposi a décrit pour la première fois le xeroderma pigmentosum en 1870 dans le *Traité des maladies de la peau* d'Hebra et Kaposi, d'après deux observations. Ses troisième et quatrième cas ont été publiés par Geber, son chef de clinique, en 1874.

Il fournit ici quatre cas nouveaux, ce qui porte à huit le total de ses observations personnelles; et ces faits justifient à tel point sa description primitive, qu'il déclare n'avoir rien à y ajouter.

Voici le résumé des quatre dernières observations :

1° — Fille de 5 ans 1/2 sourde-muette, peu développée, née de parents jeunes et sains. La dermatose a débuté dans la seconde année de la vie. On l'amène à l'auteur en 1878. Sur la face, sur la muqueuse des lèvres, sur la face dorsale des doigts de la main et de l'avant-bras, sur la nuque, on voit de nombreuses taches pigmentaires lenticulaires, brun jaune ou brun noir. Dans leurs intervalles existe un tissu blanchâtre, luisant comme des cicatrices et déprimé. Çà et là des vaisseaux télangiectasiés. L'épiderme qui entoure les orifices naturels est ridé et ratatiné; de là une gêne fonctionnelle notable. Rien à signaler en dehors des régions désignées.

2° — Garçon de 2 ans 1/2, frère de la précédente malade, n'a pas été vu par l'auteur, mais la description des parents est si exacte qu'il peut prendre place dans la série pathologique.

3° — Étudiant hongrois, âgé de 17 ans, se présentant, le 3 octobre 1879 avec une ulcération allant de la joue droite au dos du nez; elle a débuté cinq ans auparavant par plusieurs tubercules isolés; un médecin l'a cautérisée à plusieurs reprises. Malgré l'existence de nombreuses taches de pigment sur le visage, l'auteur considère l'affection comme syphilitique, prescrit la décoction de Zittmann et les emplâtres mercuriels : le malade est guéri au bout de 27 jours et quitte l'hôpital.

Il revient le 20 juillet 1881 : nombreux boutons cancéreux, soit intacts soit ulcérés, siégeant au visage. A ce moment on constate les signes du xéroderma : fonte progressive des tissus, fossettes, traînées cicatricielles, taches pigmentaires, télangiectasies. Les petites tumeurs et les ulcérations sont traitées par le raclage, la pommade pyrogallique, la potasse, le nitrate d'argent, etc., pendant trois mois et demi; mais dès qu'elles sont détruites, on en voit surgir de nouvelles. Le 8 novembre 1884, le malade contracte la variole; il retourne ensuite dans son pays. L'auteur l'a perdu de vue.

4° — Paysan de 22 ans, admis le 5 avril 1882. C'est à l'âge de 16 ans qu'il a remarqué l'apparition de croûtelles aux joues et sur le nez. A l'âge de 19 ans, croûte de l'oreille suivie d'ulcération persistante. Une année plus tard, néoplasme palpébral, enfin ulcération de la lèvre inférieure.

Décoloration spéciale de la face qui est semée d'un très grand nombre de taches lenticulaires, jaunâtres ou brun foncé, séparées par des places blanches brillantes, cicatricielles, tantôt lisses, tantôt inégales, avec télangiectasies. L'épiderme est sec; sur certains points il y a des squames furfuracés.

De plus, quelques taches verruqueuses saillantes. Sur ces taches et en dehors d'elles existent de petits tubercules miliaires, transparents comme la cire et dont la coloration varie du jaune au rose rouge. Ce sont des tubercules de cancroïde, volumineux et nombreux, surtout sur le nez. On en trouve un au niveau de l'arcade zygomatique gauche, un autre grand comme une pièce d'un quart de florin sur la paupière inférieure gauche; sa partie centrale est ulcérée et sécrète du pus; autour de lui, un grand nombre de petits tubercules transparents.

A la lèvre inférieure existe un bouton grand comme un pfennig, à surface granuleuse et ulcérée, de couleur rouge clair. Sur l'oreille droite, large ulcération, plate, dentelée, à bords élevés et durs, envahissant même la région parotidienne.

Nombreuses taches de pigment sur la nuque et le cou. Rien sur les autres régions. Rien sur les muqueuses. Glandes cervicales et maxillaires modérément gonflées.

Le tissu des boutons, des taches pigmentaires excisées, et du bord de l'ulcération de l'oreille a été soumis à l'examen microscopique : c'est du carcinome épithélial.

Le diagnostic du xeroderma pigmentosum n'est pas toujours facile. On peut le confondre d'abord avec la sclérodermie. Or celle-ci n'est pas congénitale comme le xeroderma qui se développe toujours dans le cours de la première enfance; au lieu de commencer par la pigmentation et l'atrophie progressive, elle débute par l'infiltration et la rigidité de la peau qui est d'emblée tendue, raccourcie et dure. C'est dans le tissu cellulaire sous-cutané que le processus se localise d'abord, tandis que dans le xeroderma, les altérations portent d'abord sur le corps papillaire et l'épiderme pour atteindre secondairement le chorion. C'est peut-être par l'atrophie des vaisseaux papillaires qu'on peut expliquer l'atrophie des papilles, la pigmentation et les télangiectasies.

La lèpre pigmentaire est plus difficile encore à distinguer; mais elle a sa pigmentation brun sépia diffuse, ses anesthésies; on y rencontre peu les atrophies et les mutilations.

Les nævi restent stationnaires au lieu de se transformer activement.

Le grand caractère du xeroderma, c'est la mutabilité du type morbide; dès le début il y a production et disparition rapide de nouvelles papilles et d'épithélium néoformé, d'éléments pigmentaires; dès le début se trouvent constitués les éléments nutritifs et histologiques du cancroïde.

Aussi ne faut-il pas s'étonner de la transformation hâtive en carcinome épithélial, malgré l'âge peu avancé des sujets. De là la gravité du pronostic. L. GALLIARD.

Sopra una nuova tricofizia « Granuloma tricofitico » (Sur une nouvelle tricophytie, tubercule tricophytique), par MAJOCCHI (*Bull. della R. Accademia Med. di Roma, octobre* 1883).

Cette forme diffère du sycosis et du kérion ; d'après l'auteur, elle est caractérisée par des nodules arrondis, plats, indolents ; la peau est de couleur normale ou rose, sans desquamation. Ces nodules sont disposés symétriquement et peuvent acquérir le volume d'une noisette ou d'une fève. Ils sont quelquefois d'une consistance élastique ou presque fluctuante, et pourraient être confondus avec des abcès sous-cutanés. Cette forme est due à une folliculite avec périfolliculite chronique produite par le parasite. Il se forme un véritable tubercule sous-cutané, avec tissu de granulation, riche en vaisseaux et en cellules géantes. A leur centre on trouve le poil envahi par le trichophyton, ou un foyer de filaments d'hyphas simples, ramifiés, sporifères, qui explique la formation du tubercule. Autour de ce foyer, en effet, on voit une couronne de cellules géantes et de cellules endothélioïdes. Ces faits démontrent la possibilité de la pénétration du trichophyton jusque dans le derme. Le processus paraît avoir toujours une marche très lente : il se voit surtout chez les sujets de constitution débile et lymphatique. F. BALZER.

I. — Ueber Alopecia præmatura, par Oscar LASSAR (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 16, *p.* 233, 16 *avril* 1883).

II. — Ueber die Alopecie und den indurativen Krankheits-Process überhaupt, par POHL-PINCUS (*Idem, n°* 42, *p.* 645, 15 *octobre* 1883).

I. — L'alopécie prématurée, furfuracée ou pityriasique décrite par Pincus (*R. S. M.*, V, 614) est infiniment répandue, ce qui s'explique quand on saura qu'elle est contagieuse.

Dans de nombreuses expériences, Lassar et R.-W. Bishop l'ont, au moyen des peignures empruntées à des individus atteints de l'affection, transmise à volonté à des cobayes, à des lapins et à des souris blanches.

Si l'alopécie pityriasique est beaucoup plus rare chez les femmes, c'est qu'elles recourent moins aux coiffeurs. Les peignes et brosses qui servent successivement à tous les clients sont en effet de puissants agents de transmission.

Le traitement suivant a réussi à Lassar dans plus d'une cinquantaine de cas, mais il doit être continué avec persévérance, au moins pendant 2 mois, malgré l'amélioration.

Chaque jour : 1° on frictionne vigoureusement la tête pendant un quart d'heure avec du savon goudronneux ou glycériné ; 2° on pratique des affusions d'eau, d'abord chaude, puis froide ; 3° on fait une lotion avec une liqueur de sublimé à 2 p. 1000 ; 4° on essuie le cuir chevelu et on le frictionne avec une solution alcoolique de naphtol à 1/2 0/0 ; 5° enfin on termine en répandant sur la tête 25 grammes d'huile phéniquée ou salicyliquée à 2 0/0.

II. — D'après Pohl-Pincus, le travail d'induration morbide qui donne

lieu aux différentes espèces d'alopécie, au tabès dorsal, à la cirrhose hépatique, à l'atrophie rénale, à la trophonévrose faciale, peut se développer de deux façons :

1° Par la disparition des cellules caractéristiques du tissu avec hyperplasie secondaire du tissu interstitiel;

2° Par multiplication active du tissu interstitiel, avec disparition secondaire des cellules caractéristiques du tissu.

Au premier mode de développement, correspond, pour le cuir chevelu, l'alopécie *primitivement paralytique* qui est toujours occasionnée par une pression modérée, mais uniformément répartie. Les follicules pileux et leur contenu étant beaucoup moins compressibles que le tissu interposé entre eux, c'est eux qui sont lésés. Ainsi naissent les calvities limitées au vertex où les femmes ont l'habitude de placer leurs parures et leurs coiffures. Les cheveux de la région diminuent de plus en plus d'épaisseur. La tige des cheveux prêts à tomber offre des lacunes réparties sur une grande étendue et diminuant graduellement de nombre, ce qui indique que les différentes parties de la matrice ne cessent de fonctionner que les unes après les autres. Au contraire, dans l'autre forme d'alopécie (primitivement indurative) les lacunes de la tige sont plus grandes, moins nombreuses et concentrées sur un plus petit espace, ce qui est la preuve que la totalité de la matrice a subi un arrêt brusque dans son activité formatrice.

Quand la pression a été très considérable ou non uniformément répartie, on ne tarde pas à voir apparaître, sur les points atteints d'alopécie paralytique, la seconde forme de l'affection due à l'irritation active du tissu conjonctif.

Cette seconde forme d'alopécie se montre aussi toutes les fois que la première dure depuis un certain nombre d'années. Mais alors l'irritation conjonctive marche lentement et ne se fait point sentir du côté du système circulatoire. Au bout de 10 ou 15 ans, on peut encore reconnaître lequel des deux processus a commencé.

Quel qu'ait été le mécanisme primitif de l'alopécie, à la longue on observe toujours la réunion des deux formes du travail morbide.

Ce qu'une pression met plusieurs années à faire est effectué en peu de jours par les agents infectieux. L'alopécie de cette catégorie la plus commune est la pelade causée par la rougeole ou la scarlatine, et parfois par la fièvre typhoïde ou la syphilis. Ici les cellules formatrices sont l'objet d'un empoisonnement direct qui arrête leur fonctionnement, sans aucune irritation du tissu interstitiel. Vu l'affaissement des follicules pileux, la peau est flasque et décolorée. Le cheveu tombé offre un large canal médullaire jusqu'à son extrémité, le pigment est normal, bref, ce cheveu ne présente aucune trace d'un arrêt survenu dans sa croissance.

Pour le traitement de l'alopécie primitivement paralytique, Pohl-Pincus n'a rien trouvé de mieux que l'application prolongée de faibles solutions sodiques qu'il a recommandées il y a de longues années.

L'autre forme d'alopécie est caractérisée anatomiquement par la multiplication active du tissu interstitiel avec atrophie consécutive des cellules caractéristiques du tissu. Cette alopécie *primitivement indurative* reconnaît comme causes typiques : 1° l'action du froid local (application de glace sur le cuir chevelu par exemple); 2° les maladies infectieuses,

à leur tête la syphilis, puis la blennorragie, la goutte militaire; 3° la vaginite catarrhale des petites filles; 4° certaines influences morales, qui agissent de la même façon sur les reins : ce sont les émotions caractérisées par des alternatives de dépression et de surexcitation du moral.

Pour le traitement de l'alopécie primitivement indurative, c'est aux acides ou agents acidifiants que Pohl-Pincus a recours, de la façon suivante :

Frictions biquotidiennes du cuir chevelu, durant 3 ou 4 minutes, avec la valeur d'une à trois cuillerées à bouche du mélange suivant :

Acide lactique 0,5 à 1; acide borique 2 à 5; eau distillée 220; alcool rectifié 30 à 40.

On peut remplacer la solution par la pommade suivante :

Acide lactique 0,25 à 0,75; acide borique 2 ou 3; axonge 25; huile d'olives 5. Avec gros comme 2 à 4 haricots de cette pommade, on frictionne la tête pendant 3 minutes, une ou deux fois par jour.

Le choix des acides est d'ailleurs libre. Tous agissent en relâchant peu à peu les canaux nourriciers et les artérioles atteints de contracture.

Au bout de 2 ou 3 semaines de ce traitement, on laisse une interruption de quelques jours, puis, durant une semaine, on fait des frictions avec la pommade suivante :

Carbonate de soude 0,75 à 2; axonge 25; huile d'olives 5.

On continue indéfiniment, en les alternant et en augmentant les intervalles de repos, les deux médicaments.

Se basant sur les résultats qu'il a obtenus de cette médication acide dans l'alopécie, Pohl-Pincus en conseille vivement l'essai dans la néphrite interstitielle, sous forme de lavements de 1/10 à 1/5 de litre répétés 2 ou 3 fois par jour. Seulement il est nécessaire au préalable que le diagnostic ne laisse aucun doute, car l'emploi des acides est nuisible dans la néphrite parenchymateuse.

Le même traitement par les acides est aussi excellent contre l'acné rosacée indurée. Au lieu de la pommade ci-dessus, on peut également faire usage d'une pommade soufrée (2 à 4 grammes de soufre précipité pour 25 d'axonge et 5 d'huile d'olives). Les frictions doivent être pratiquées tous les soirs pendant 4 à 8 minutes. Cette pommade agit, selon Pohl-Pincus, en donnant lieu à la formation d'acide sulfureux. J. B.

Éruption érysipélateuse de la face produite par l'application de teinture d'arnica, par CARTIER (*Lyon méd.*, 13 *avril* 1884).

A la suite d'une petite plaie contuse de l'arcade sourcilière, on fait, chez un homme de 43 ans, boulanger, une application de teinture d'arnica pure, puis d'eau blanche et de teinture d'arnica. Le surlendemain matin, rougeur de toute la joue et du front, phlyctènes; l'éruption et le gonflement œdémateux envahissent dans la journée le côté opposé. Apyrexie complète. Trois jours plus tard toute éruption avait disparu. Pendant ce temps l'urine, rare, a présenté tous les caractères de l'urine des ictériques. A. C.

Éruption causée par le benzoate de soude, par HAMPELN (*Petersburger med. Wochens.*, *n°* 3, *et Berlin. klin. Woch.*, *n°* 12, *p.* 12, *p.* 172, 1881).

Chez un garçon de 8 ans qui avait pris, dans l'espace de 20 heures, 3 grammes de benzoate de soude, pour une amygdalite pultacée, il se produisit un exanthème scarlatiniforme, occupant le cou, le tronc et les bras.

Le lendemain, lorsque l'éruption fut disparue, Hampeln, pour s'assurer que c'était bien la médication qui en était cause, fit reprendre à son jeune malade, toutes les 3 heures, 30 centigrammes de benzoate.

Dès le soir, apparaît un nouvel exanthème, disposé cette fois sous forme de plaques, au lieu d'être diffus.

Dans les mêmes circonstances, Ehrenhaus a noté de l'érythème et du purpura. J. B.

Accidents mortels déterminés chez un jeune enfant par le baume du Pérou, employé comme antipsorique, par Daniel BERNOUILLI (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 18, p. 456, 15 septembre* 1883).

Dans son compte rendu annuel (1882) sur l'hôpital des enfants de Bâle, Bernouilli cite un cas d'intoxication par le baume du Pérou.

Il s'agit d'un enfant de six mois atteint de gale. On lui avait pratiqué des frictions avec la dose habituelle du médicament.

4 heures plus tard, il fut brusquement pris de collapsus auquel il succomba dans la journée même.

A l'autopsie, on constata des hémorragies bronchiques, rénales intestinales, stomacales et méningées (pie-mère). J. B.

L'Hydrothérapie dans les maladies de la peau, par SEMMOLA (*Rivista clin. e terap., août* 1883).

Le professeur Semmola établit que l'eczéma et le psoriasis représentent souvent de véritables fonctions pathologiques de la peau ; elles sont destinées à suppléer à l'insuffisance des fonctions cutanées normales dans quelques organismes qui ont besoin que le tégument externe conserve toute son activité pour rétablir l'équilibre et l'harmonie dans la nutrition. Dans ces cas, les dermatoses sont rebelles, ou bien leur disparition forcée à la suite d'applications topiques entraîne de graves désordres dans les organes ou dans l'état général.

C'est alors que l'auteur conseille d'exciter méthodiquement la peau par l'hydrosudothérapie, de façon à substituer à la fonction pathologique représentée par la dermatose, une fonction cutanée artificiellement exagérée. B. FÉRIS.

Sur l'empoisonnement par l'acide pyrogallique employé en frictions dans le traitement du psoriasis, par E. BESNIER (*Ann. de Derm. et de Syph., décembre* 1882).

Tout en proclamant la supériorité du pyrogallol sur les autres agents employés contre le psoriasis, Besnier attire l'attention sur les accidents toxiques mortels que peut déterminer ce médicament. A l'appui de son dire, il rapporte quatre observations d'empoisonnement par l'acide pyrogallique en frictions, dont une personnelle, les trois autres empruntées à Neisser, Vidal, Pick. Sur ces quatre cas il y eut deux morts.

Esquissant à l'aide de ces faits l'histoire de cet empoisonnement, l'auteur fait tout d'abord remarquer que c'est un accident rare puisque sur des centaines de malades soumis au traitement quatre seulement ont éprouvé des phénomènes toxiques. Rien dans l'apparence de ces sujets ne pouvait *a priori* donner d'appréhensions. Tous avaient un psoriasis ancien généralisé, mais étaient vigoureux et en bonne santé. Il n'y avait

chez eux ni lésion rénale antérieure, ni trouble de l'hématose et l'alcoolisme, s'il existait, n'était pas plus accusé que chez tous ceux qui ont impunément supporté les frictions. Les accidents se sont déclarés à époque variable après une, deux ou trois frictions et sans que la dose de pommade fut très élevée; après une seule friction avec de la pommade à 5 0/0 chez le malade de Neisser; après le quinzième jour de traitement avec la pommade à 10 0/0 chez celui de Vidal. Chez tous, les accidents sont survenus à l'improviste. « Ils ont éclaté à la manière d'un orage et évolué ensuite avec une grande rapidité. »

Au nombre des premiers phénomènes qui doivent attirer l'attention, Besnier signale la sensibilité au froid, le refroidissement rapide et les frissons; puis de la céphalalgie, un malaise extrême et une prostration rapide. Cette prostration est le phénomène dominant. Elle s'accompagne d'une fréquence extrême du pouls (120 à 130) qui est en même temps extrêmement faible et d'une élévation de la température (39°) qui décroît rapidement, même quand les accidents s'aggravent et quand le malade doit succomber. Simultanément et sans douleur lombaire ou vésicale, les urines deviennent noires. Souvent aussi, soit dès le debut, soit plus tard seulement, à la couleur noire due au pyrogallol se mêle une couleur rouge due à l'extravasation de l'hémoglobine. L'urine est alors fortement albumineuse; elle ne renferme pas d'hématies, mais seulement de l'hémoglobine. En même temps accidents de déglobulisation rapide, décoloration des tissus, teinte ictéroïde spéciale, œdème général plus ou moins accentué et disparition provisoire complète de l'éruption psoriasique. Chez le malade de Besnier, le chiffre des globules rouges était tombé à 1,500,000. La série des accidents se complète par des symptômes pulmonaires, dyspnée extrême avec congestion broncho-pulmonaire et des troubles gastro-intestinaux très intenses. Dès le début des accidents, il y a des vomissements passagers et une diarrhée glaireuse bilieuse (parfois même sanglante) avec selles involontaires qui persiste pendant toute leur durée. La mort survient au bout d'un temps variable (3 jours, cas de Neisser; 15 jours, malade de Vidal). Quand les sujets guérissent, leur santé se remet d'une manière rapide et complète, le psoriasis reparaît.

Comme mesure prophylactique, Besnier recommande : 1° de ne pas employer plus de 5 grammes de pyrogallol en 24 heures, quel que soit le titre de la pommade; 2° de ne pas faire plus d'une friction par jour et de ne pas la faire générale; au besoin de mettre entre deux frictions un intervalle de 48 heures; 3° de surveiller avec soin les urines des malades et d'interrompre le traitement au moindre malaise; 4° de s'abstenir du pyrogallol dans le psoriasis scarlatiniforme confluent, simulant la dermatite exfoliatrice, et dans les variétés inflammatoires ou eczématoïdes.

Comme traitement, Besnier conseille celui qui lui a réussi dans le cas grave qu'il a eu à traiter et qui est basé sur les indications symptomatiques (collapsus, dyspnée). Injections sous-cutanées d'éther à assez haute dose; sinapisation répétée du tronc et des membres; usage incessant d'une tisane alcoolisée et des inhalations d'oxygène. Il n'a rien tenté contre la diarrhée dans la crainte de modérer un effort éliminateur.

H. DANLOS.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Ueber Vererbung und Uebertragung der Syphilis (De l'hérédité et de la transmission de la syphilis), par KASSOWITZ (*Jahrb. für Kinderheilkunde, Bd. XXI*).

Deux hypothèses sont aujourd'hui en présence pour ce qui concerne la syphilis que les enfants apportent en naissant ou qu'ils manifestent, sans infection *per ou post partum*, quelque temps après : 1° l'infection de l'œuf au moment de la fécondation par le virus provenant du père ou de la mère ; 2° la transmission du virus au fœtus par la voie de la circulation placentaire.

Le nombre des adversaires systématiques de l'hérédité paternelle a toujours été petit, et les arguments des plus récents (Roth, Lewis, Sturgis, Flindt et Wolff) tombent devant ce fait bien établi que des femmes, n'ayant jamais présenté aucun signe de vérole, peuvent engendrer des enfants syphilitiques. Ainsi, dans la maternité de Dresde, on compte 109 enfants syphilitiques provenant de 108 mères parfaitement saines, à Munich 53, et à Berlin 15. Taylor cite l'exemple d'une femme qui a donné le jour à 8 enfants syphilitiques et qui n'a jamais présenté de signe syphilitique. Hyde, Hutchinson, Fournier, Diday, etc., citent des exemples analogues.

Si donc il n'est pas douteux que, dans ces cas, c'est le père qui a infecté le fœtus, on ne peut se l'imaginer autrement que par la voie spermatique où la syphilis se trouverait sous une forme quelconque. Et comme on n'a aucune raison pour admettre quelque différence dans la faculté de transmettre certaines qualités physiologiques ou pathologiques par les cellules germinales, on peut dire que la femme transmettra la syphilis, le cas échéant, par ses ovules.

Quant à la seconde hypothèse, l'infection placentaire, l'auteur examine d'abord la question de l'infection de la mère par le fœtus syphilitique. Or, la difficulté qu'on éprouve souvent à constater les manifestations primitives de la syphilis sur les organes génitaux de la femme, l'absence de toute manifestation syphilitique sur les fœtus dans les premiers mois de leur existence, le fait du grand nombre de mères saines qui ont eu des enfants syphilitiques autorisent l'auteur de conclure que cette rétro-infection de la mère par l'enfant n'est pas encore démontrée.

Cependant il est bien certain que ces mères jouissent d'une grande immunité contre la syphilis. Mais il est certain aussi que ces mêmes femmes pourront engendrer ultérieurement des enfants tout à fait exempts de syphilis avec des hommes sains.

Autrefois on croyait si fermement que la voie placentaire était la seule par laquelle la mère infectait son fœtus, qu'on ne se donnait même pas la peine de le démontrer. Mais avec le temps on constata que certaines mères infectées pendant leur grossesse donnaient naissance à des enfants sains et aujourd'hui l'on sait que ces faits sont très nombreux. Il

est à remarquer que ces enfants sains jouissent aussi d'une remarquable immunité contre l'infection syphilitique. Cependant Weil et Grunfeld ont publié chacun un cas d'infection de l'enfant pendant la naissance; Obtulovicz et Arning deux autres cas d'infection après la naissance. Reste à savoir s'il existe des observations authentiques établissant que les parents étant sains pendant la conception, la mère, ayant été infectée pendant sa grossesse, aura infecté par voie placentaire son fœtus. Malgré les difficultés qui s'opposent à ces constatations, Zeissel, Hudron, Vajda, Behrend, Engel y sont cependant parvenus et ont publié chacun un seul cas de cette nature. On voit donc qu'ils sont rares.

De ce qui précède l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Le virus syphilitique est arrêté sur les confins des circulations fœtale et maternelle, ne pouvant franchir ni l'une ni l'autre, malgré l'échange vivace et prolongé des sucs nutritifs qui existe entre les deux;

2° Celui des deux organismes qui n'est pas atteint par le virus de l'autre acquiert cependant une grande immunité contre l'infection syphilitique.

M. SCHACHMANN.

Zur Frage der Syphilisimpfung an Thieren und des Vorkommens von Mikroorganismen im syphilitischen Schanker (De l'inoculation de la syphilis aux animaux et des micro-organismes du chancre syphilitique), par LETNICK (*Wien. med. Woch.*, *n°* 35, 1883).

L'auteur a tenté vainement d'inoculer la syphilis aux animaux et considère cette maladie comme appartenant exclusivement à l'homme. Voici ses expériences :

Il excise d'abord une papule légèrement ulcérée à l'anus d'un syphilitique et l'insère avec toutes les précautions d'usage sous la peau de l'abdomen d'un cobaye de trois mois. Le lendemain, il constate à cet endroit une tuméfaction qui ne tarde pas à disparaître; au bout de 20 jours, il ne reste plus qu'une cicatrice à peine visible. Rien sur la peau ni sur les muqueuses.

Six semaines après cette inoculation infructueuse, l'auteur répète la même opération au même cobaye sur un autre point de l'abdomen, avec un fragment de chancre syphilitique : mêmes phénomènes consécutifs. Au bout de six semaines, on fait l'autopsie sans rien trouver dans les organes.

D'autre part, l'auteur injecte à deux lapins le liquide de culture d'un chancre syphilitique, à l'aide de la seringue de Pravaz. Pendant 5 jours, les animaux ont de 39° à 40°,4 sans que l'état général s'en ressente. On perçoit de petits nodules au point de l'injection. Chez l'un des lapins, le nodule persiste, l'animal maigrit et meurt au bout d'une vingtaine de jours. Rien dans les viscères; les artères fémorales sont oblitérées par des coagula qui contiennent des micrococci : septicémie probable.

L'autre lapin subit une nouvelle injection de liquide contenant les micrococci de la syphilis; on voit se développer un abcès qui contient des micrococci en grande quantité, mais les manifestations spécifiques font défaut.

Recherchant les micro-organismes de la syphilis, l'auteur a vu sur

toutes les coupes de chancre, dans la substance intercellulaire, des masses finement granuleuses qui sont des amas de micrococci. Elles ne sont pas influencées par l'acide acétique, l'éther, le chloroforme, la chaleur. Elles ne se laissent colorer qu'après l'action de l'acide acétique. Ce sont là des micrococci spécifiques qu'on retrouve constamment dans les liquides de culture. L. GALLIARD.

The influence of hereditary syphilis in the production of idiocy or dementia, par Judson BURY (*Brain*, *p.* 44, *avril* 1883).

Les conclusions du travail de l'auteur sont les suivantes :

La syphilis héréditaire entre comme facteur important dans la production des troubles psychiques qui mènent à l'idiotie ou à la démence.

Ce n'est pas au moment même de la naissance que la syphilis exerce cette influence funeste sur le cerveau; mais plus tard, pendant la seconde enfance, ordinairement à l'époque de la dentition. C'est l'époque où les autres manifestations syphilitiques héréditaires sont presque latentes, et si l'enfant n'a pas l'altération des dents signalée par Hutchinson, on peut ne pas songer à la syphilis. Aussi est-il très important, en face d'un enfant idiot, d'examiner au point de vue de la syphilis, l'aspect extérieur du crâne, le squelette osseux, et surtout le fond de l'œil, qui révèle souvent des taches de choroïdite disséminée ou de la rétinite. On trouvera aussi des syphilitiques parmi les idiots éclamptiques, paralytiques, hydrocéphaliques ou microcéphaliques.

Quant au mécanisme en vertu duquel la syphilis amène la démence, il est fort variable :

1° Le développement du cerveau peut être entravé par l'épaississement et la suture prématurée des os du crâne (Obs. I du mémoire) ;

2° Il peut s'arrêter par le fait d'un épaississement des méninges : méningite chronique et périostite crânienne sont des lésions fréquemment associées ;

3° L'épaississement et le rétrécissement des artères cérébrales sont probablement les causes les plus immédiates de l'atrophie du cerveau. L'artérite syphilitique est fréquente chez les jeunes enfants (Barlow, Chiari, Heubner);

4° L'atrophie des grandes cellules nerveuses des circonvolutions est la conséquence de la sclérose de l'écorce cérébrale;

5° Enfin, la syphilis, en altérant un organe des sens comme l'oreille (Obs. IV), est capable de prédisposer le cerveau à la démence. La suppression des excitations psychiques d'origine auditive amènerait secondairement une sorte d'atrophie cérébrale fonctionnelle. H. R.

Case of symmetrical syphilitic disease of the third nerves, with arterial and other lesions, par J.-A. ORMEROD (*Brain*, *p.* 260, *juillet* 1882).

Un voyageur de commerce, âgé de 50 ans, est atteint de céphalée : un matin, il est pris brusquement de délire et de somnolence qui dure trois jours. Neuf mois plus tard, sous l'influence d'une émotion morale, il se trouve paralysé du côté gauche avec ptosis de la paupière gauche, et parésie des deux globes oculaires. Extension de la faiblesse, quelques mois plus tard, à la jambe droite ; affaiblissement progressif de l'intelligence, perte des réflexes patellaires. Impossibilité de mouvoir les yeux. Mort dans le coma.

L'autopsie révèle de petites indurations fibreuses sur la dure-mère cervicale, épaississement des méninges, athérome de l'artère basilaire et ramollissement de la moelle au renflement cervical. Les méninges cérébrales sont normales; il y a seulement un épaississement de la pie-mère. Dans les sillons des circonvolutions, on trouve quelques petits corps qui ressemblent à des tubercules le long des pariétales et frontales ascendantes.

Les nerfs de la 3e paire de chaque côté présentent un renflement fusiforme; ils sont rouges et ramollis. Sur la protubérance, dans sa moitié latérale gauche, se voient deux élevures charnues, d'un gris rougeâtre, et de la grosseur d'un pois; l'une est située au niveau du point d'émergence de la 6e paire, l'autre près de l'origine du trijumeau.

Sur les méninges spinales, on trouve des excroissances verruqueuses analogues dans toute la région cervicale, à la surface interne de la dure-mère : la pie-mère et l'arachnoïde sont épaissies, mais non verruqueuses. La moelle est tuméfiée et ramollie.

Examen microscopique. Les nerfs de la 3e paire sont infiltrés d'une infinité de noyaux cellulaires embryonnaires; leurs vaisseaux sont très augmentés de volume et de nombre : les fibres nerveuses sont dissociées et partiellement atrophiées par le tissu de néoformation.

L'artère basilaire présente une variété d'athérome spéciale. Elle est noueuse et offre de petits renflements nodulaires. A la coupe de ces renflements, on voit une infiltration nucléaire, analogue à celle des nerfs, séparer la couche endothéliale de la lame élastique; la tunique adventice est hyperplasiée.

Les nodosités de la dure-mère spinale présentent une structure analogue, sauf que le tissu embryonnaire commence sur certains points à devenir fibrillaire.

La moelle, très vascularisée, présente des infiltrations du même genre le long de ses vaisseaux, et sur quelques points des noyaux embryonnaires infiltrent le parenchyme nerveux lui-même, d'une façon diffuse, de préférence au voisinage des cornes supérieures.

Sur la protubérance, même aspect : une des deux tumeurs a très nettement l'apparence d'une gomme : le nerf de la 6e paire présente des lésions identiques à celles de la 3e paire.

En résumé, il s'agissait évidemment d'une altération syphilitique des centres nerveux et des nerfs crâniens, d'une artérite noueuse syphilitique telle qu'elle a été décrite par Heubner. Le point intéressant de l'histoire clinique du malade est la symétrie de la lésion au niveau des deux nerfs moteurs oculaires communs, et en second lieu la méningite spinale diffuse qui aboutissait à un commencement d'invasion du système spinal postérieur. Peut-être est-ce ainsi que commencent certaines formes d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. H. R.

De la myélite aiguë centrale survenant chez les syphilitiques à une époque rapprochée du début de l'affection, par DÉJERINE (*Revue de Médecine, janvier* 1884).

Ce travail est basé sur deux observations dont voici l'analyse succincte :

1° Myélite aiguë centrale dorso-lombaire, survenue treize mois après l'accident primitif.

Paraplégie et anesthésie absolues. Escarres des talons, du sacrum et de la paroi abdominale, mort vingt-huit jours après le début de la paralysie.

Autopsie : Myélite aiguë centrale siégeant de la huitième paire cervicale à la septième paire lombaire. Au-dessus et au-dessous de ces limites, l'altération existe encore; mais elle est moins prononcée. Dégénérescences secondaires au début. Altérations extrêmement prononcées des racines antérieures

et des nerfs cutanés de la paroi abdominale sous-jacente aux escarres. Intégrité des racines postérieures.

2° Myélite aiguë centrale dorso-lombaire, survenue un an après le début de la syphilis. Paraplégie complète avec anesthésie absolue. Escarres. Durée de la maladie huit jours. Mort. Autopsie : myélite aiguë centrale du renflement dorso-lombaire. Altérations commençantes des racines antérieures dans les points correspondants. Intégrité des racines postérieures.

M. Déjerine fait remarquer que rien ni dans la symptomatologie ni dans les caractères de la lésion anatomique ne permet d'affirmer la nature syphilitique de l'affection; les conditions seules dans lesquelles la myélopathie s'est développée peuvent faire dire qu'il s'agit là d'une manifestation syphilitique, tout comme les paralysies consécutives à la diphtérie peuvent être rattachées à cette dernière. C. GIRAUDEAU.

De la surdité dans la syphilis héréditaire, par HERMET (*Ann. de derm. et de syphil., mai* 1884).

La surdité est un accident fréquent de la syphilis héréditaire. Elle survient sous deux formes distinctes :

1° L'une qui intéresse l'appareil transmetteur sous forme d'otite moyenne et se manifeste généralement dans le jeune âge. Cette otite est une ou bilatérale et presque invariablement indolore. La mère s'aperçoit un matin que l'oreille de son enfant suppure sans que l'écoulement ait été précédé de cris d'insomnie ou de fièvre, en un mot des symptômes ordinaires de l'otite moyenne. La maladie a quelquefois une marche très rapide; en quelques semaines, sous l'influence d'un traitement local et général, la guérison est complète avec intégrité de l'ouïe. Elle peut aussi guérir spontanément. Parfois cependant elle persiste de longues années et s'accompagne alors de lésions irréparables et d'une diminution considérable de l'acuité auditive.

2° La deuxième forme dont on ignore la lésion, car elle coïncide avec une intégrité apparente des parties visibles, se présente avec un cortège de symptômes bien tranchés. Les malades se plaignent de bourdonnements musicaux. Ils ont des vertiges, des éblouissements. La surdité, légère au début, se termine presque toujours par une cophose complète. Son principal caractère est la rapidité de son évolution. En quelques semaines un sujet entendant bien devient complètement sourd sans douleur et sans aucun phénomène prémonitoire. Rien au spéculum auris. Les malades offrent le facies bien connu des syphilitiques héréditaires. Ils ont en général eu antérieurement les troubles visuels de la maladie. L'âge varie de 12 à 16 ans. Les femmes sont plus fréquemment atteintes. H. DANLOS.

Ein Fall von Thrombose der Pfortader aus luëtischer Ursache (Thrombose de la veine-porte d'origine syphilitique), par JASTROWITZ (*Deusche med. Woch., n°* 47, 1883).

Officier de 21 ans ayant contracté la syphilis en 1879 et ayant eu recours à plusieurs reprises au traitement mercuriel. En février 1883, ictère assez intense avec gonflement de la rate et du foie, nécessitant une cure de Karlsbad au mois d'avril. L'ictère disparaît, puis se reproduit en juin. Nouvelle cure mercurielle qu'on doit interrompre bientôt, car il survient du purpura et un prurit fort pénible.

Au mois de septembre, l'auteur constate l'ictère foncé de la peau et des muqueuses, le gonflement modéré du foie et de la rate sans ascite, les ecchymoses nombreuses sur toutes les régions. L'urine est brune, densité 1016; les selles sont grises et graisseuses. Prurit insupportable. Eau de Karlsbad.

Le 16 septembre, hématurie abondante; ce phénomène se reproduit tous les jours jusqu'à la mort. Ecchymoses sur toutes les régions et nodules gros comme des cerises ou des noix, remplis de sang.

Le 26 septembre, melœna. Pas d'hématémèse. Pas de symptôme de cirrhose, ni ascite, ni développement du réseau veineux sous-cutané.

Le 3 octobre, fièvre (38,9); les hémorragies augmentent; l'ictère devient plus foncé. Mort le 5 octobre.

Autopsie. Infiltration sanguine du mésentère, du péritoine, de l'intestin, de la base des poumons. A la surface du foie existe une cicatrice large comme la paume de la main intéressant la convexité et la concavité de l'organe. La vésicule, petite et à parois épaisses contient une faible quantité de mucus; les voies biliaires sont imperméables, serrées par du tissu de cicatrice. La veine porte est remplie par un thrombus de coloration foncé, homogène. Ses parois sont épaissies, jaunâtres avec des dépôts athéromateux; mais la cause de la coagulation sanguine est facile à apprécier : il existe une gomme grosse comme une noix qui comprime le vaisseau. Le tissu hépatique est peu altéré, on remarque que les acini, imprégnés par la bile, offrent une zone périphérique jaune et au centre une coloration rouge clair. Les cellules n'ont subi la dégénérescence graisseuse qu'au voisinage du tissu cicatriciel. Outre la gomme principale, on en trouve deux autres très petites.

Les reins, teintés en jaune et graisseux, contiennent des foyers hémorragiques. Leurs vaisseaux sont indurés, et le microscope montre dans les artérioles une dégénérescence très avancée. L. GALLIARD.

A contribution to the study of congenital syphilis, par John-N. MACKENZIE (*Americ. laryngol. Assoc.*; *Med. news*, 17 *mai* 1884).

L'auteur relate un cas de syphilis grave congénitale et résume son travail par les conclusions suivantes :

1° Dans la syphilis congénitale on peut observer des ulcérations profondes du pharynx et du nez;

2° Les manifestations pharyngo-laryngées ont des chances d'être plus sévères quand les manifestations cutanées sont en apparence arrêtées;

3° Les enfants du sexe féminin sont plus fréquemment atteints que ceux du sexe masculin. Sur 69 cas, on compte 41 cas chez des petites filles;

4° Les ulcérations peuvent se montrer partout, mais leur siège d'élection est la voûte palatine;

5° Quand l'ulcération siège à la partie postérieure de la voûte, elle a tendance à envahir le voile, le pharynx et les fosses nasales postérieures;

6° Le siège de ces ulcérations est, d'après l'ordre de fréquence, la gorge, le pharynx nasal, la paroi postérieure du pharynx, les fosses nasales et la cloison, la langue et les gencives;

7° Les ulcérations, spécialement celles de la voûte, ont tendance à siéger sur la ligne médiane et sont fréquemment suivies de carie et nécrose des os;

8° Cette tendance à la nécrose se montre à tous les âges;

9° Tandis que les ulcérations pharyngées précèdent généralement les manifestations laryngées ou coexistent avec elles, les ulcérations laryngées surviennent fréquemment sans lésions pharyngées. A. C.

Du cancer chez les syphilitiques (de l'hybridité cancéro-syphilitique de la cavité buccale en particulier), par OZENNE (*Thèse de Paris*, 1884).

Cette thèse continue la série des travaux que chaque jour M. Verneuil inspire à ses élèves, sur les rapports qu'affectent entre elles les diathèses et les maladies constitutionnelles. Dans ce travail, dont le titre pourrait être avantageusement modifié, l'auteur n'a eu principalement en vue que l'étude de l'association de l'épithélioma et des lésions syphilitiques de la cavité buccale. Laissant de côté toute discussion au sujet des différentes variétés de la néoplasie cancéreuse, considérée dans sa plus large acception, M. Ozenne trace les caractères que revêt l'hybridité, qui résulte de l'union de la syphilis et des tumeurs épithéliales, en citant comme preuve à l'appui une trentaine d'observations.

Après un historique assez complet, qui démontre que l'on ne s'était pas, pour ainsi dire, préoccupé de cette hybridité avant que M. Verneuil n'eût, il y a quelques années, attiré l'attention sur ce sujet, l'auteur étudie les symptômes de l'affection, à laquelle il assigne trois formes : formes cancéro-scléreuse, cancéro-gommeuse, et cancéro-scléro-gommeuse.

De chacune d'elles il retrace les caractères physiques, en montrant que l'union des lésions propres à chacune des deux maladies se manifeste souvent d'une façon assez nette pour qu'il n'y ait pas d'hésitation dans le diagnostic. D'ailleurs, on est aidé dans cette étude par l'examen des troubles fonctionnels (la douleur en particulier), différents de ceux que l'on observe lorsqu'il n'y a pas association des deux maladies.

Dans les chapitres suivants, l'auteur s'occupe de la marche et du diagnostic, qui se déduit de la solution des trois questions suivantes : nature de la tumeur; nature de l'ulcération; variété de l'hybridité, et consacre au traitement quelques pages, dont il tire la conclusion que le traitement ioduré apporte une amélioration momentanée évidente.

Après avoir relaté quelques observations de cancer et de syphilis ayant pour siège les autres régions du corps (mamelle, testicule, etc...), M. Ozenne termine ce travail par les déductions générales suivantes :

Le cancer rappelle la syphilis, sans paraître lui communiquer de gravité.

La syphilis crée des lieux de moindre résistance qui favorisent le développement du cancer, dont elle modifie la physionomie habituelle, et agit sur les troubles fonctionnels, en particulier sur la douleur, qu'elle atténue ou abolit. Après avoir provoqué l'apparition du néoplasme, elle semble en retarder pendant quelque temps la marche; mais, plus tard, elle disparaît de la scène et laisse le champ libre au cancer, qui reprend tous ses droits. A. C.

Notes on a case of cario-necrosis of the upper jaw, par Francis GRANT (*Edinb. med. journ.*, *p.* 607, *janvier* 1884).

Cette observation de nécrose du maxillaire supérieur est intéressante au point de vue de son étiologie. En effet, elle se montre chez un homme de 29 ans, de bonne santé, mais atteint deux ans auparavant d'une syphilis à caractères d'emblée malins. L'origine première de la nécrose est donc une ostéite syphilitique; mais en pareil cas on observe d'ordinaire une hyperostose sans nécrose : ici il faut faire intervenir l'avulsion d'une dent comme

cause déterminante d'une périostite aiguë suivie de la mortification totale de cos. Celle-ci fut suivie de la nécrose du vomer et des os du nez. H. R.

De quelques variétés rares de l'ulcère syphilitique des jambes..., par NEPVEU (*Rev. de chir., n° 1, mars* 1884).

Dans cette note, M. Nepveu décrit quatre variétés d'ulcères de jambe, qui se sont présentés à son observation dans le service de M. Verneuil ; ce sont des exemples d'hybridité morbide, dans lesquels la syphilis a apporté le plus fort contingent.

La première variété se rapporte à ce que M. Verneuil a décrit sous le nom d'ulcus elevatum tertiaire : ce sont ces ulcères à bords circinés, fond végétant, saillie mobile avec les mouvements des muscles et des tendons, qui ne guérissent que par le traitement antisyphilitique.

Dans une deuxième variété, dont l'auteur rapporte trois cas, on note que l'ulcère perfore le derme, le fascia sous-cutané et l'aponévrose, mettant ainsi les muscles et leurs gaînes à nu qu'il ne respecte même pas toujours. Quel est le point de départ de cet ulcère perforant : peau, muscle, gaîne synoviale ou périoste? Les faits manquent pour se prononcer.

Dans d'autres cas, l'ulcération s'accompagne d'une hyperostose, que James Israel a observée une dizaine de fois ; survenant chez des sujets syphilitiques, peut-être a-t-elle quelque rapport avec la diathèse? C'est l'hypothèse que mentionne l'auteur.

Enfin M. Nepveu range dans un dernier groupe un certain nombre de faits, dans lesquels la peau de la jambe est perforée de trous innombrables, qui auraient pour origine une affection syphilitique des glandes de la peau. OZENNE.

Traitement des chancres par la naphtaline, par KLINK (*Gazeta Lekarska, n° 7,* 1883).

Klink emploie la naphtaline en poudre ou en solution éthérée pour le pansement des chancres. Il a traité ainsi 360 cas de chancre, dont 70 siégeant à l'anus ou dans le vagin. Sous l'influence de ce pansement, on voit céder très rapidement les phénomènes inflammatoires, la tendance au phagédénisme, etc. Au troisième jour, pour quelques-uns, à la fin de la seconde semaine au plus tard, les surfaces ulcérées étaient en voie de réparation. A. C.

Iodoform gegen tertiäre Syphilis, par THOMAN (*Centralblatt für die med. Wiss. n°* 35, 1882).

L'auteur relate les observations de deux malades traités, pour des accidents syphilitiques tertiaires, par des injections sous-cutanées d'iodoforme, à la dose de 0,50 à 1,50 gramme. Ce traitement, suivi avec la plus grande tolérance, semble avoir eu une heureuse influence sur la guérison des accidents ; le traitement dura dans un cas 59, dans l'autre 33 jours. Il semble que l'organisme reste pendant fort longtemps sous l'influence de la substance médicamenteuse, car 43 jours après la cessation de tout traitement, l'auteur put, dans les deux cas, retrouver des traces d'iode dans les urines. W. OETTINGER.

Zur Behandlung der Syphilis mit Quecksilberformamid (Traitement de la syphilis par le formiamide mercuriel), par M. ZEISSL (*Wien. med. Presse*, n° 5, 1883).

L'auteur a essayé chez quinze syphilitiques, en injections sous-cutanées, un médicament conseillé par Liebreich, le formiamide mercuriel, dont il se dispense du reste d'indiquer la formule et de préciser les doses.

Ses malades étaient atteints de syphilis sérieuse à la seconde ou à la troisième période. Il a suffi en moyenne de vingt injections, soit d'un traitement de vingt jours pour amener un résultat favorable ; la cure n'est donc pas moins rapide qu'avec les autres préparations mercurielles. Quant aux douleurs provoquées par l'injection, elles sont moindres que celles qu'engendre le sublimé, surtout si l'on a soin de les faire aux fesses ou au dos ; faites à la face antérieure du bras elles ont déterminé trois fois l'apparition d'une petite escarre. La salivation se montre aussi rapidement qu'avec les autres procédés thérapeutiques.

Le formiamide a l'avantage de se dissoudre dans l'eau, de se conserver longtemps et d'être vendu à prix modéré.

En résumé, le formiamide mercuriel est un médicament qu'il convient d'employer chez les syphilitiques. Le jugement de l'auteur est peu suspect de partialité, puisque ce médecin déclare que, fidèle aux traditions de H. Zeissl et de Sigmund, il préfère, d'une façon générale, à toutes les méthodes d'injections sous-cutanées, le traitement par les frictions.

L. GALLIARD.

Del iodoformio in terapia e della sua virtu antisifilitica, par MARZANO (*Rivista clin. e terap., avril et juin* 1882).

Voici les conclusions qu'on peut tirer de la partie originale de ce travail :

L'iodoforme est d'une utilité incontestable dans la syphilis tardive et invétérée ; il doit être préféré dans ces circonstances non seulement aux mercuriaux, mais aux autres préparations iodées.

Il peut être administré pendant un temps fort long sans développer de graves phénomènes d'intolérance.

Si ces phénomènes apparaissent et si l'on suspend aussitôt le remède, ils cessent rapidement dans l'espace de un à deux jours environ. Mais si malgré les symptômes d'intolérance, on continue néanmoins l'administration, ceux-ci s'aggravent et sont longs à se dissiper.

Finalement l'intolérance de l'iodoforme n'est en rapport ni avec l'âge, ni avec le sexe, ni avec les conditions avancées de la cachexie syphilitique, mais plutôt avec une idiosyncrasie spéciale de l'individu. B. FÉRIS.

Note sur le traitement de la syphilis par le thallium, par POZZI et COURTADE (*Gaz. méd. de Paris*, n° 13, 29 *mars* 1884).

Les auteurs donnent un résumé de huit observations de manifestations syphilitiques traitées par l'iodure de thallium, et, sans vouloir en tirer des conclusions précises, font ressortir les points suivants :

L'iodure de thallium est un agent altérant.

Il a produit quelque amélioration dans l'état des syphilides vulvaires,

amélioration qui peut aussi, il est vrai, être imputée, jusqu'à un certain point, aux soins de propreté, aux changements d'hygiène, etc.

Il passe dans l'économie, puisqu'il altère les gencives et se retrouve dans l'urine.

Le mercure occupe toujours le premier rang dans le traitement de la syphilis, et le thallium est relégué bien derrière lui, si l'amélioration que l'on a constatée, lui est imputable. OZENNE.

De l'uréthrite bactérienne, par P. AUBERT (*Lyon méd.*, 13 *juillet* 1884).

L'auteur a trouvé dans des cas d'uréthrite un autre organisme que le gonococcus de Neisser. Cet organisme consiste en une très grande quantité de petits corpuscules de forme ovalaire et légèrement allongée, fourmillant surtout en dehors des cellules de pus et en bacilles moins nombreux, épars au milieu des autres éléments. Aubert a rencontré trois fois ce microbe ; les écoulements se sont compliqués de cystite ou d'épididymite. Il ne saurait dire s'il s'agit d'un type accidentel ou d'une forme secondaire de blennorragie. A. C.

Sur l'état latent du début de la cystite blennorragique, par P. AUBERT (*Lyon méd.*, 15 *juin* 1884).

1° Dans l'évolution de la blennorragie récente, la suppuration peut envahir et envahit souvent l'urètre postérieur et la vessie sans qu'il existe dans le caractère ou l'intensité de la douleur, et dans la fréquence des mixtions, des modifications suffisantes pour révéler l'atteinte des parties profondes ;

2° Les symptômes autres que la constatation directe de la présence du pus peuvent même être tout à fait nuls et ne pas différer de ceux d'une blennorragie limitée à l'urètre antérieur ;

3° Cet état latent de la cystite blennorragique persiste quelquefois jusqu'à la guérison complète, mais le plus souvent il n'est que le prélude de la forme commune de la cystite qui se présente ultérieurement avec ses symptômes habituels ;

4° Il importe d'être prévenu que l'on ne peut avoir qu'une idée très incomplète d'une blennorragie quelconque si on ne fait pas uriner le malade dans plusieurs verres. Le diagnostic basé sur cet examen de l'urine ne peut acquérir une précision absolue que si la mixtion a été précédée du lavage de l'urètre antérieur. A. C.

Ueber gonorrhoische Gelenkentzündung (De l'arthrite blennorrhagique), par F. KAMMERER (*Centralblatt f. Chirurgie*, n° 4, *p.* 49, 1884).

Obs. 1. — Un homme de 32 ans se fracture comminutivement la jambe gauche dans une chute ; amputation de la cuisse le lendemain ; température élevée ; nécrose partielle du lambeau antérieur sans trace de réaction dans la plaie. — Cinq jours après l'accident éclate une arthrite du genou droit. Le malade venait d'avoir une blennorragie. Le lendemain ponction de l'articulation ; on constate dans le liquide synovial la présence des microbes de la blennorragie signalés par Neisser. — Amélioration considérable. La portion gangrénée du lambeau s'élimine ; le reste de la plaie guérit par première intention. Mais, treize jours après le début de l'arthrite, il se forme dans le cul-de-sac supérieur de l'articulation un abcès qui est incisé et drainé. Le pus de cet abcès ne renferme plus de microbes. — Guérison.

Obs. 2. — Femme de 22 ans; coup sur le genou droit; arthrite aiguë consécutive. Blennorragie. Le liquide vaginal renferme en grande quantité les microbes de la blennorragie. Six jours après le début de l'arthrite, ponction de l'articulation. Le liquide synovial ne renferme pas de microbes. Guérison.

Rapprochant ces observations des faits antérieurs de Petrone, Kraske, Brieger et Ehrlich, l'auteur en conclut que, de même que pour la tuberculose, les microbes spécifiques de la blennorragie existent en grand nombre au début de l'épanchement des arthrites, mais qu'ils meurent très rapidement dans cet épanchement, si bien qu'on ne les retrouve pas toujours après le cinquième jour. C'est ce qui explique les résultats contradictoires obtenus par les examens des auteurs précédents. — Le traumatisme est ordinairement la cause occasionnelle qui détermine la fixation dans les articulations du microbe blennorragique.

L'auteur rappelle en terminant que l'arthrite blennorragique n'est pas toujours séreuse, comme le disent la plupart des auteurs, mais qu'elle peut fort bien être purulente et amener la mort (König) ou laisser à sa suite des troubles fonctionnels graves. DE SANTI.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

— Ethérisation par la voie rectale, par COMTE (*Revue médicale de la Suisse romande, IV*, 406, *juillet* 1884).

II. — Aethernarkose per Rectum nach Pirogoff, par STARCKE (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 28, *p.* 433, 14 *juillet* 1884).

III. — Ethérisation rectale, par BŒCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 6, 1884).

IV. — De l'anesthésie chirurgicale par les injections rectales de vapeur d'éther, par O. WANSCHER (*Courrier méd.*, 24 *juin* 1884).

V.— Ethérisation par la voie rectale, par DELORE (*Journ. de méd. de Paris*, n° 16, 1884).

VI. — Note sur l'anesthésie par le rectum, par DUBOIS (*Bull. Soc. de Biologie*, 10 *mai* 1884).

VII. — Note sur un nouveau procédé d'anesthésie par l'éther, par REVERDIN (*Rev. méd. de la Suisse romande*, n° 6, 1884).

I.— C'est Pirogoff (*Recherches pratiques et physiologiques sur l'éthérisation*, Saint-Pétersbourg, 1847) qui a eu le premier l'idée de l'éthérisation rectale. Simonin paraît être le seul, en France au moins, qui ait essayé la nouvelle méthode (*De l'emploi de l'éther sulfurique et du chloroforme à la clinique de Nancy*, Paris 1849).

Perrin et Lallemand ont signalé les inconvénients de l'éthérisation rectale.

Dans les *Leçons sur les anesthésiques*, Claude Bernard ne parle de ce procédé d'anesthésie que pour le condamner.

Après avoir exposé les expériences de Mollière (*R. S. M.*, XXIV, 288)

et de Poncet, Comte conclut dans sa *Revue critique* (sans citer d'observations personnelles).

En présence des graves inconvénients de la méthode d'éthérisation par le rectum, les quelques avantages que lui attribue Mollière ne sauraient être pris en considération. L'absence d'excitation n'est rien moins que prouvée. Quant au dosage exact de l'éther, il n'en saurait être question, puisqu'on ne peut doser l'absorption par la muqueuse intestinale. En outre, l'absorption des vapeurs d'éther emmagasinées dans les anses intestinales continue un certain temps après que l'on a retiré la canule.

II. — Pour extirper un ganglion sous-maxillaire sur un soldat, Starcke a eu recours au procédé d'éthérisation rectale; mais, au préalable, il avait fait une injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine.

Au bout de 2 minutes, l'éther était déjà éliminé par l'air expiré. Après 4 minutes, les yeux du patient commençaient à se fermer, sa face s'injectait et se couvrait de sueurs; 28 respirations calmes. Le pouls plein, battant 108 au début, tombe plus tard à 60.

Au bout de 8 minutes 1/2, un peu d'excitation calmée immédiatement par l'inhalation de quelques gouttes de chloroforme.

L'anesthésie paraissant alors complète, Starcke incisa la peau. Au moment, l'homme se dressa, ouvrant les yeux et s'écriant : « J'éclate. » On reconnut, en effet, une distension extrême de l'abdomen.

Starcke, interrompant l'administration de l'éther, dont il avait été introduit environ 30 grammes, se hâta de terminer l'opération, pendant que l'opéré continuait à dormir, complètement insensible.

Pour activer l'élimination de l'éther, il introduisit, par le rectum, un gros tube de caoutchouc et comprima les parois thoraciques, au moment de l'expiration.

Le volume du ventre ne diminua cependant que très lentement, et cela grâce à des frictions qui excitèrent les mouvements péristaltiques.

Ce ne fut que 25 minutes plus tard que l'opéré commença à donner quelques signes de conscience, ne tardant pas d'ailleurs à se rendormir.

Il y eut une phase peu durable d'agitation consécutive et l'haleine garda l'odeur éthérée encore plusieurs heures. Pas de vomissements.

Starcke conclut que l'anesthésie rectale s'effectue avec beaucoup plus de calme que la chloroformisation, la respiration et le pouls restant normaux. Malgré la persistance de l'insensibilité après l'opération, qui témoigne que l'absorption continue (sans qu'en cas de danger, on puisse intervenir utilement par les procédés habituels, vu l'état de tension et de rigidité du diaphragme), il estime que ce procédé d'anesthésie a de l'avenir pour les opérations portant sur la tête et spécialement sur les yeux, car l'anesthésie de la cornée est absolue.

Toutefois, l'anesthésie rectale suppose une intégrité du sphincter anal qui manquait chez un autre malade opéré par Starcke d'un phimosis. Cet individu, dont l'haleine était cependant imprégnée d'éther, ne put être endormi.

J. B.

III. — Au bout de 3 minutes, le sujet accuse généralement une douleur plus ou moins vive dans l'abdomen; bientôt après son haleine exhale une forte odeur d'éther; au bout de 5 minutes, il est insensible, sans avoir passé par la période d'excitation. On peut alors faire l'opération projetée sans que le malade ressente la moindre douleur. Le réveil est rapide et s'accompagne d'une véritable ivresse gaie, qui dure 5 à 10 minutes. L'anesthésie fut menée à bonne fin chez trois malades; chez le quatrième,

l'anesthésie obtenue s'accompagna d'une cyanose de la face, avec injection des yeux, face vultueuse, insensibilité absolue de la conjonctive, pupilles contractées, qui inspirèrent certaines craintes pendant quelques secondes. Chez cette malade seule survinrent des vomissements, tandis que chez les trois premières ils firent entièrement défaut. Cette méthode conclut M. Bœckel, pourra rendre des services dans les opérations qui se pratiquent sur la face, dans l'intérieur de la cavité buccale.

IV. — M. O. Wanscher a employé l'éthérisation par la voie rectale chez 22 sujets; ce mode d'anesthésie lui a paru si parfait qu'il considère comme un service à rendre de le tirer de l'oubli, non comme un moyen habituel d'anesthésie, mais comme pouvant dans beaucoup de cas remplacer avantageusement, pour le malade et pour le chirurgien, la méthode d'anesthésie par inhalation. M. Wanscher décrit en détail les phénomènes qu'on observe à la suite des injections de vapeurs d'éther dans le rectum. Comme l'avait fait Starcke, il revendique, en faveur du chirurgien russe Pirogoff, le mérite d'avoir employé, pour la première fois, il y a près de quarante ans, les injections d'éther dans le rectum pour les besoins de l'anesthésie chirurgicale.

V. — M. Delore a employé l'éthérisation par la voie rectale dans le but d'obtenir une résolution complète pour réduire une subluxation du coude en avant avec fracture intra-articulaire de la trochlée humérale, chez une femme de 40 ans. L'anesthésie était complète au bout de 11 minutes. Mais à ce moment, la femme fut prise de contractures, la face se congestionna, les lèvres se crispèrent et la respiration se suspendit pendant un temps qui parut fort long à tous les assistants. Néanmoins, le pouls resta assez bon. M. Delore retira immédiatement la canule du rectum et pratiqua, sans résultat, la respiration artificielle et la fustigation. Il réussit à rétablir la respiration, en déprimant la langue à l'aide d'une cuillère introduite profondément dans la bouche; 20 grammes d'éther avaient été vaporisés. M. Delore profita de l'insensibilité pour fléchir l'avant-bras et le maintenir à angle droit au moyen d'un bandage silicaté. Malgré les incidents survenus dans ce cas, M. Delore reste convaincu « que l'anesthésie par la voie rectale est une véritable conquête dont la chirurgie est appelée à bénéficier largement, dès que l'expérience aura suffisamment appris le meilleur mode de dosage et d'administration. »

VI. — On a vu par ce qui précède qu'un des inconvénients reconnus à l'éthérisation par la voie rectale est de plonger le patient dans un sommeil profond, qui se prolonge souvent outre mesure. C'est donc à tort que M. Dubois prétend qu'administrées par la voie rectale « les vapeurs d'éther peuvent déterminer une anesthésie malheureusement incomplète chez l'homme et tout à fait insuffisante chez le chien, l'élimination par le poumon étant probablement aussi rapide que l'absorption par l'intestin. » Là-dessus M. Dubois, à l'instigation de M. P. Bert, a entrepris des expériences pour étudier l'action de l'air saturé de vapeurs de chloroforme, en injections dans l'intestin; il a constaté que l'absorption de l'air chloroformé par l'intestin est presque nulle.

VII. — M. Reverdin, dans une très courte note, fait savoir qu'ayant introduit dans l'anus d'un gros lapin une canule en communication par un tube en caoutchouc avec un flacon d'éther en ébullition, le lapin s'endormit très rapidement, et que l'expérience répétée sur un cochon d'Inde

et sur d'autres lapins donna le même résultat. Il lui a paru intéressant de signaler le fait, pour stimuler les esprits à la recherche d'un problème dont la solution constituerait, dit-il, un réel progrès. E. RICKLIN.

I. — A propos de l'anesthésie rectale, par A. PONCET (*Lyon méd.*, 22 *juin* 1884).

II. — Etherization by the rectum, par Bernard PERSH (*The med. News*, 12 *juillet* 1884).

III. — A trial of rectal anæsthesia, par PIERSON et BRADSHAW (*The med. News*, 19 *juillet* 1884).

IV. — Etherization by the rectum, par John-S. MILLER (*Philad. county med. Soc.; ibid*, 19 *juillet* 1884).

I. — L'auteur rappelle que des tentatives de ce genre ont été faites autrefois par Pirogoff, Simonin ; il a employé cinq fois l'anesthésie par le rectum, mais il y a vite renoncé en raison des accidents sérieux qu'il a eus à combattre. Deux fois on dut abandonner ce procédé pour recourir aux inhalations, le résultat étant nul ; une fois l'anesthésie a été normale ; dans un cas, le sommeil s'est prolongé deux heures et demie après l'opération ; enfin dans un cas, la malade fut en danger de mort ; pendant vingt minutes, on dut faire les plus grands efforts (respiration artificielle, flagellation, lavements froids, etc.) pour la ramener à la vie. L'intensité des accidents tenait vraisemblablement à la continuité de l'absorption des vapeurs par la muqueuse intestinale, en dépit de tous les moyens employés pour s'y opposer.

Les expériences que l'auteur a entreprises lui ont montré que, par ce procédé, l'anesthésie présentait des inégalités, d'un sujet à l'autre, plus marquées qu'avec les inhalations. Cela peut tenir d'une part à la réplétion variable de l'intestin par des matières fécales ; d'autre part, à la paralysie intestinale qui suit cet état de contraction, de défense, comme en témoignent les coliques du début. A un moment donné, l'abdomen se dilate brusquement et l'absorption peut alors se faire par une large surface, d'autant plus large que les vapeurs d'éther franchissent sûrement la valvule de Bauhin.

II. — L'auteur résume les résultats observés dans trente anesthésies par ce procédé.

La dose maximum d'éther employée a été de 6 onces ; la dose minimum, une once à une once et demie.

Temps minimum pour amener l'anesthésie : 3 minutes (enfant de 8 mois) ; maximum 32 minutes.

Dans 10 cas, sur ces 30, il a fallu employer conjointement les inhalations par les voies respiratoires.

La diarrhée a été observée dans 10 cas, cinq fois sanguinolente, une fois mortelle.

Période d'excitation, nulle dans 16 cas ; légère, courte, dans 7 ; modérée dans 5 ; violente dans 2.

Pas de vomissements dans 16 cas.

L'auteur appelle l'attention sur les modifications à apporter au système de vaporisation de l'éther, vaporisation qui varie beaucoup comme rapidité suivant la température de l'eau et les dispositions de l'appareil.

III. — Anesthésie chez un homme de 22 ans pour une amputation de doigt. L'anesthésie est complète en 18 minutes ; on a usé 7 onces d'éther ; l'opération dure 8 minutes.

Deux heures après, le malade prend un œuf et du lait ; il a ensuite une garde-robe et urine. Une heure plus tard (4 heures après la fin de l'anesthésie), il se plaint d'assoupissement et de coliques abdominales. Quelques instants après, vomissement alimentaire, puis vomissement de sang ; en même temps, selle sanglante.

La douleur devient bientôt insupportable ; les vomissements sont incessants ; à chaque heure, le malade vomit du sang ou a une diarrhée sanglante. L'état devient alarmant. 24 heures après : pouls 126 ; resp. 28 ; temp. 104° Fahr (32° centig.) ; l'hémorragie intestinale persiste. Ce ne fut qu'à partir du quatrième jour que la température remonta au degré normal et que la convalescence commença à s'établir.

IV. — Relation de quatre anesthésies qui se sont faites sans le moindre incident, avec rapidité, sans vomissements ni diarrhée à la suite.

L'auteur croit à l'avenir de cette méthode, qui offre les avantages suivants : pas d'impression de suffocation, pas d'irritation des nerfs laryngés et pneumogastrique ; danger moindre d'asphyxie ; durée de l'excitation restreinte ; possibilité de nourrir le malade peu de temps avant l'opération ; retour à la sensibilité, à l'état normal, rapide ; doses d'éther très faibles.

Les inconvénients sont : la nécessité de mettre le ventre du malade à découvert ; de suivre avec plus de soin l'anesthésie ; de ne pouvoir être applicable dans les opérations sur le périnée, l'abdomen ou en cas de lésions et d'irritation intestinales.

Suit la description, avec figure, d'un appareil pour l'éthérisation rectale.

A. CARTAZ.

I. — Eine Luxation der ganzen Scapula (Luxation de l'omoplate), par W. BÖING (*Berlin. klin. Woch.*, 22 *octobre* 1883).

II. — Report on twenty one (21) cases of subcoracoid dislocation of the humerus, reduced by Kocher's method, par JERSEY (*New York med. Journal*, 29 *septembre* 1883).

III. — Resection des Oberarmkopfes wegen habitueller Luxation (Résection de la tête humérale dans un cas de luxation se reproduisant à chaque accès épileptique), par F. CRAMER (*Berl. klin. Woch.*, 9 *janvier* 1882).

IV. — Ueber habituelle Schulterluxation, par KUESTER (*Ibidem*, 31 *juillet* 1882).

V. — Notiz über die Behandlung veralteter uneingerichteter Verrenkungen der Hüfte (Ostéotomie soustrochantérienne dans une luxation invétérée de la hanche), par Wilhelm KOCH (*Ibidem*, 7 *août* 1882).

VI. — Ueber operativen Massnahmen zur Beseitigung veralteter Luxationen (Des opérations sanglantes pour réduire des luxations invétérées), par SCHŒNBORN (*Ibidem*, 4 *décembre* 1882).

VII. — Des sections sous-cutanées comme moyen de réduction des luxations anciennes du coude et de l'épaule, par BARDON-LACROZE (*Thèse de Paris*, *n°* 109, 1882).

VIII. — Luxation du poignet droit en arrière chez un enfant de onze ans, par DARTIGNOLLES (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 *novembre* 1883).

IX. — Irreponible Luxation des Zeigefingers im Metacarpo-phalangeal Gelenke (Luxation irréductible de l'index), par WILLEMER (*Cent. f. Chirurg.*, n° 35, 1883).

X. — Considérations sur un cas de luxation traumatique du genou, par HÉNAFF (*Thèse de Paris*, 1883).

XI. — Lehre von Enstehung der completen Luxation des Talus (Luxation de l'astragale), par LÖBKER (*Wiener med. Presse*, n° 32, 1883).

XII. — Étude sur une variété de luxation du métatarse, par MONNIER (*Thèse de Paris*, 1883).

I. — Chaudronnier âgé de 41 ans, ayant eu le côté droit de la poitrine serré entre deux parties d'une machine. Au moment de l'accident, il a perçu un craquement et depuis lors il ne peut ni mouvoir le bras ni respirer.

A droite de la colonne vertébrale se voit une cavité à grand diamètre dirigé de haut en bas et long de 12 centimètres ; le maximum de profondeur de cette excavation est de 4 centimètres et sa plus grande largeur, située au niveau de son tiers supérieur est de 7 centimètres. Par son siège et sa configuration, elle correspond exactement à l'autre omoplate.

Nulle part, dans le dos, la pression n'est douloureuse, et les téguments sont intacts, à part une ecchymose de la longueur du doigt, partant de l'extrémité supérieure et interne de la dépression signalée et se dirigeant obliquement en bas et en dehors. Cette contusion se trouve au niveau du point d'application de la violence (bras de presse) qui a produit le traumatisme.

En se plaçant au côté du blessé, le creux axillaire droit semble considérablement augmenté de profondeur et de longueur, et déprimé obliquement en avant. On peut engager la main au-dessous du grand dorsal sans pourtant qu'on y sente de vide ; de même on peut introduire la main au-dessous du grand pectoral qui paraît épaissi, mais cette dernière manœuvre est douloureuse.

Le bras pend flasque ; il est complètement intact et on peut lui imprimer des mouvements en tous sens ; les mouvements en arrière et en dedans sont assez douloureux. Spontanément, le blessé ne peut aucunement mouvoir son bras sans faire agir au préalable l'avant-bras correspondant.

L'axe de l'humérus forme avec la face supérieure de l'acromion un angle aigu en avant. L'acromion lui-même a subi une rotation de 60° sur son axe longitudinal et forme en dehors une saillie anguleuse.

En se plaçant devant le malade, on constate, comme l'examen par le dos l'avait déjà montré, que tout le moignon de l'épaule est porté en avant de 5 à 6 centimètres et que sa face supérieure regarde fortement dans le même sens.

La clavicule, dont l'articulation sternale est relâchée, se trouve complètement immobilisée par la tension des muscles qui s'y attachent.

Le grand pectoral semble épaissi dans sa portion externe, de sorte qu'au niveau de ses insertions aux côtes supérieures se trouve une gouttière, comme si les côtes étaient enfoncées. Ultérieurement, on reconnut que la première côte était fracturée à mi-distance entre le sternum et l'acromion. Aucune lésion de la peau.

Le blessé est un peu cyanosé, très anxieux et ne parle qu'à voix basse. Les respirations un peu profondes causent de vives douleurs.

Il était évident qu'on avait affaire à une sorte de luxation de l'omoplate en avant, au-dessous du grand pectoral.

Mais chose curieuse, l'os avait si bien disparu au-dessous du muscle qu'en saisissant ce dernier, on ne percevait d'autre anomalie que son épaisseur anormale.

Ce ne fut que lorsque le blessé eut signalé la partie antéro inférieure de l'aisselle comme particulièrement douloureuse, soit spontanément, soit au toucher, que l'auteur, par un palper soigneux, réussit à sentir à ce niveau l'angle inférieur de l'omoplate qui ne se trahissait par aucune saillie.

Il n'eut aucune peine à ramener l'omoplate dans sa situation normale. Le blessé, à demi couché sur le sol, fut fixé par les hanches et par l'épaule gauche. Avec le bras droit du patient, fortement élevé, on agit comme avec un levier sur l'acromion, de façon à faire saillir l'omoplate qui fut ensuite saisie et refoulée en dehors et en arrière; dès qu'elle eut contourné la cage thoracique, elle reprit sa place avec un bruit de claquement.

Cette réduction ne fut pas très douloureuse.

Immédiatement après, on constata la disparition de toute difformité, et la récupération des fonctions de l'articulation scapulohumérale; c'est aussi de ce moment que Boing découvrit la fracture de la première côte masquée jusque-là par la saillie claviculaire.

Les jours suivants le blessé eut une pneumonie droite et il se produisit des ecchymoses en avant au-dessous de l'omoplate, et en avant au-dessous de la clavicule.

Au bout d'un mois, l'ouvrier reprenait ses occupations. J. B.

II. — Cette méthode imaginée par Kocher, de Berne, en 1870, consiste, ainsi qu'on le sait, dans la manœuvre suivante : le patient étant assis, l'avant-bras est fléchi à angle droit avec le bras, le coude étant fortement appuyé sur la partie latérale du thorax; on porte l'humérus dans la rotation en dehors jusqu'à ce qu'on trouve une forte résistance; puis, cette attitude étant maintenue, on porte le coude en avant et en dedans, jusqu'au voisinage de la fourchette sternale; puis on imprime à l'humérus une rotation en dedans, qui ramène la main au niveau de l'épaule opposée. Ce moyen, en faisant disparaître la tension des lèvres de la capsule glénoïde déchirée, permet à la tête humérale de rentrer en quelque sorte d'elle-même dans sa cavité et la réduction est obtenue avec très peu d'effort pour le chirurgien, très peu de douleur pour le malade.

Jersey a employé la méthode de Kocher dans vingt et un cas de luxation sous-coracoïdienne récente; dix-huit fois la réduction a été obtenue sans difficulté à la première tentative; dans les trois autres (chez des hommes très fortement musclés) il a fallu répéter une ou plusieurs fois la manœuvre; aucun malade n'a été anesthésié. Les suites de l'opération ont été constamment normales. H. BARTH.

III. — Ouvrière de 30 ans, épileptique, ayant eu en cinq années dix-neuf récidives de luxation sous-coracoïdienne de l'épaule droite, s'accompagnant chaque fois d'un gonflement considérable et de douleurs qui rendent le travail impossible.

Le 21 avril 1880, Cramer pratique une résection de 6 centimètres aux dépens de la tête humérale.

Guérison par première intention, sans aucune fièvre.

Pendant l'opération, il put constater que, bien que la dernière luxation datât de dix jours seulement, la capsule articulaire était intacte. En revanche la jointure offrait les deux altérations suivantes : 1° un corps libre, de forme irrégulière, composé intérieurement de tissu osseux, extérieurement de tissu conjonctif fibreux et dans l'intervalle de tissu cartilagineux par places. Ce corps libre était appendu par un pédicule fibreux, grêle, long de 2 centimètres, au bord postérieur de la cavité glénoïde; 2° une perte de substance de la portion corticale de la tête humérale, formant à sa région postéro-

externe, à partir de l'insertion capsulaire du bord postérieur de la grosse tubérosité, une excavation naviculaire mesurant de haut en bas 4 centimètres, large de 2, et profonde au maximum de trois quarts de centimètre.

Ainsi qu'il était facile de le prévoir, le résultat opératoire n'a pas répondu à l'attente de Cramer. Un an après la résection, les mouvements d'élévation du membre restaient très bornés et de plus le bras devenait toujours douloureux au moment des accès épileptiques.

Vu la texture du corps libre et quoique ni ses dimensions ni sa forme ne correspondissent à la dépression morbide de la tête, Cramer admet qu'il s'agit d'un éclat de la tête fracturée, fracture qui a compliqué la première luxation, tout en restant inaperçue.

IV. — Pour une luxation scapulo-humérale, se reproduisant habituellement, Kuester a pratiqué la résection de l'os par la cavité axillaire. Il a trouvé que la capsule articulaire n'offrait aucune lésion, mais la tête humérale présentait une perte de substance considérable résultant d'usure et de résorption du tissu osseux.

V. — Homme de 41 ayant une luxation iliaque non réduite. Vingt mois plus tard, Koch lui fait une ostéotomie sous-trochantérienne avec excision d'un coin osseux à base postéro-externe. Au bout de quatorze jours, la plaie opératoire étant cicatrisée, Koch endort le malade pour briser, par un mouvement de torsion, la diaphyse, au niveau des trochanters.

Le membre amené en extension, abduction et rotation en dehors est placé dans un appareil plâtré qui immobilise aussi l'autre membre et le bassin.

Voici quelle a été l'amélioration apportée par l'opération à l'attitude du membre inférieur :

Auparavant, la cuisse était tournée en dedans, fléchie à 90° et en abduction de 45°; après, elle s'est trouvée en rotation en dehors, en abduction de 40° et et en flexion équivalente et l'opéré peut marcher sur son avant-pied.

Von Wahl a opéré au vingt-cinquième jour une luxation iliaque irréductible dans laquelle il existait un raccourcissement de 8 centimètres du fémur, une flexion de 107° et une adduction de 145°. Dans la même séance, il a réséqué, fracturé le diaphyse et redressé le membre avec succès.

VI.— Schœnborn, n'ayant obtenu aucun résultat satisfaisant des résections, a essayé d'obtenir la réduction des vieilles luxations humérales par une autre opération. Les incisions antérieure et postérieure ne servirent de rien. Il fallut une incision latérale pour atteindre la jointure et effectuer la réduction. Mais l'opéré succomba au delirium tremens.

Schœnborn a fait la même opération chez une demoiselle dont la luxation scapulo-humérale datait de vingt semaines. La cavité dans laquelle la tête humérale s'était logée, compliqua l'opération qui dura une heure et guérit aseptiquement. Cette personne peut placer son bras sur l'épaule opposée, mais les mouvements en arrière ne se font qu'avec l'omoplate. Malgré le massage et la galvanisation, les muscles ne se sont pas renforcés. J. B.

VII. — L'auteur a fait un travail d'ensemble sur l'anatomie pathologique et le traitement des vieilles luxations. On y trouvera la relation des cas traités par son maître Polaillon et de plusieurs autres empruntés à G. Simon et à Langenbeck.

Il conseille d'employer d'emblée le traitement par la ténotomie chez les vieillards, qui, en raison de l'état des os et des artères, ne peuvent être soumis à des tractions aussi fortes que celles qui seraient nécessaires, conclusion qui nous semble plus que hasardée. Il résume ainsi les indications de ce procédé :

1° Si l'âge de la luxation et l'examen de l'article ne font pas soupçonner de trop grandes déformations articulaires;

2° Si les mouvements qui se produisent dans la nouvelle position de l'os ne permettent pas au malade d'utiliser le membre atteint;

3° Si la tête humérale pressant sur le paquet vasculo-nerveux détermine des accidents tels que douleur insupportable, paralysie, atrophie rapide du membre. L. JULLIEN.

VIII. — Eugène L..., âgé de 11 ans, fait une chute d'une hauteur de trois mètres, probablement d'après les renseignements, sur la paume de la main, portée dans l'extension. Outre une fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche, on constate à droite la lésion suivante :

L'avant-bras repose sur sa face antérieure, la main sur le bord cubital et sur l'extrémité des doigts fléchis; la main est légèrement fléchie sur le poignet, la peau du poignet fait un pli transversal profond; les deux premières phalanges des quatre doigts internes sont à demi-fléchies et les dernières dans l'extension; le pouce est dans l'extension, et son bord interne correspond à la face antérieure de l'index. Le petit blessé est incapable d'étendre les doigts, que l'on ne peut redresser : il se plaint de fourmillements dans les quatre derniers doigts. Les mouvements de flexion et d'extension, d'abduction et d'adduction sont abolis; les mouvements de pronation et de supination sont difficiles et surtout très douloureux.

Le poignet est déformé; le diamètre antéro-postérieur est augmenté de volume. A la partie antérieure, on constate une tumeur osseuse, plus saillante en dehors qu'en dedans, et au-dessous d'elle la peau fait un pli transversal très marqué.

La face postérieure du poignet présente, à la même hauteur, une tumeur plus régulière.

La saillie antérieure est osseuse; son extrémité externe est formée par le radius, dont l'apophyse styloïde est saine, située plus en avant et en dedans: sa partie interne se confond avec le cubitus, qui est sain, et dont l'apophyse styloïde est située en avant et non fracturée.

Sur le dos du poignet, on constate une tumeur dure, osseuse, un peu convexe en haut, se continuant avec la face dorsale de la main.

La réduction fut facile, et aussitôt faite, le poignet reprit sa forme et les mouvements furent récupérés. La guérison était complète quinze jours après. OZENNE.

IX. — Une femme de 30 ans se luxa, dans une chute de voiture, l'index droit sur le dos de la main; la première phalange était dans l'hyperextension, un peu déviée vers le bord cubital; en dedans de la tête articulaire du métacarpien, facile à sentir dans la paume de la main, un pli cutané profond circonscrivait le thénar. Des tentatives multiples de réduction, avec ou sans chloroforme, n'amenèrent aucun résultat; le doigt se laissait bien ramener à sa position normale, mais reprenait son attitude vicieuse dès qu'on l'abandonnait. — König pratiqua alors la réduction sanglante; après avoir mis à nu l'articulation par une incision longitudinale palmaire, il constata que la capsule était arrachée à son insertion métacarpienne, que la première phalange avait glissé en arrière de la tête du métacarpien et qu'elle était maintenue dans cette position par un os sésamoïde interposé aux surfaces articulaires. Les tendons fléchisseurs adhéraient intimement à la capsule et n'étaient pas interposés; ils avaient seulement glissé sur le côté de la tête articulaire. Le sésamoïde enlevé, la réduction se fit naturellement. La plaie capsulaire fut suturée au catgut.

Willemer a fait quelques expériences sur le mécanisme de cette luxation; la simple hyperextension des doigts ne la produit pas, à moins qu'on ne fasse exécuter simultanément au doigt un mouvement de torsion. Mais lorsque, après la rupture complète de la capsule, les tendons

fléchisseurs, qui sont l'obstacle principal au déplacement, ont glissé sur le côté de la tête métacarpienne, leur tension contribue à rendre la réduction plus difficile. En raison de leur dureté et de leur poli il est improbable que les tendons soient jamais interposés. DE SANTI.

X. — Un matelot, assis les jambes demi-fléchies et écartées, reçut sur le genou gauche un coup violent produit par un anneau de fer qu'une amarre avait brusquement entraîné dans une manœuvre. La jambe offrait une mobilité anormale. Le coup avait laissé sa trace ecchymotique au-dessus de l'interligne articulaire. En dedans et en avant une tumeur au-dessus de laquelle le doigt pénètre dans une encoche qui se laisse déprimer jusqu'au plateau tibial. La saillie du condyle interne a disparu et est remplacée par la rotule qui se trouve renversée de champ, la face antérieure regardant en avant et en dedans, son bord interne couché sur la cavité glénoïde interne. Du côté externe la tubérosité tibiale est en rapport avec son condyle. La pointe du pied n'a subi aucune déviation. La réduction fut obtenue sans difficulté par le Dr Guyot (de Brest), et la guérison fut complète en quelques jours.

L'auteur fait remarquer que le choc a eu lieu sur le fémur, et que c'est le condyle interne de cet os qui, rompant ses ligaments latéraux, a exécuté un mouvement en arc de cercle autour du condyle externe et a quitté la cavité glénoïde. Le tibia est resté immobile. C'est là un cas d'une extrême rareté. Malgaigne n'en cite que quatre, encore les circonstances dont ils sont entourés en rendent-ils l'interprétation des plus obscures. L. JULLIEN.

XI. — Un homme robuste, de 42 ans, monté sur une voiture et voyant les chevaux s'emporter, saute en arrière et tombe sur le sol les jambes fléchies, à la renverse. Incapable de marcher et souffrant du pied droit, il appelle un médecin qui fait de vains efforts pour réduire la luxation qu'il y constate. On apporte le patient à la clinique de Greifswald.

23 mars. Gonflement modéré du pied. Le segment antérieur est allongé, le talon raccourci, la pointe abaissée et tournée en dedans, le bord interne relevé (supination de 30°). Mouvements impossibles. En avant de la malléole externe existe une saillie osseuse lisse qui paraît appartenir à l'astragale. L'examen plusieurs fois réitéré de la jointure fait supposer une luxation des deux articulations de l'astragale.

Le sujet étant chloroformé, on cherche à réduire l'os par pression directe, mais sans succès ; on met alors le pied dans l'adduction, puis dans l'abduction et l'on obtient un résultat partiel. Mais dès que le pied est abandonné à lui-même il reprend son attitude primitive et l'astragale n'est pas maintenu.

Le lendemain nouvelles tentatives infructueuses. La peau n'est pas menacée. Application de glace et repos.

Le 15 avril, l'auteur pratique une incision parallèle aux tendons extenseurs au niveau de la saillie astragalienne ; il reconnaît que l'os est luxé en avant et en dehors avec projection en haut ; les ligaments qui l'unissaient d'une part au squelette de la jambe, d'autre part au scaphoïde sont déchirés ; il ne persiste qu'une partie des ligaments astragalo-calcanéens. Pas de fracture des malléoles. On excise les ligaments qui subsistent. L'astragale extirpé présente plusieurs altérations à sa surface.

Lotions phéniquées de la jointure, suture et drainage de la plaie, pansement de Lister et fixation du pied dans la position normale.

Suppuration modérée. On note un soir 39°, puis apyrexie. Au milieu de juillet la cicatrisation est complète, le malade commence à marcher ; on peut espérer que les fonctions du pied seront recouvrées, car les progrès sont rapides. La jambe est raccourcie de 15 millimètres, le tibia est fortement

soudé au calcanéum ; à la fin de juillet on constate quelques mouvements de flexion et d'extension.

La genèse de cette énucléation de l'astragale paraît ici bien nette. Le blessé ayant frappé le sol les jambes fléchies, le pied devait être aussi dans la flexion : on trouve du reste sur le cartilage de la trochlée astragalienne, à sa partie antérieure, une lésion qui ne peut s'être produite que dans la flexion forcée à la rencontre du bord tranchant du tibia. Mais l'examen de l'astragale fournit encore un autre renseignement : tandis que le bord externe de l'os est intact, le bord interne présente des esquilles dues à un broiement attribuable à l'adduction forcée, au mouvement de supination du pied. Flexion et adduction combinées, telles sont les causes de la luxation complète de l'astragale en avant et en dehors. En admettant ce mécanisme, le fait serait favorable à l'opinion de Henke et contraire aux conclusions de Rognetta et de Dauvé.

L'observation de Löbker est également intéressante au point de vue du traitement chirurgical de la luxation irréductible de l'astragale : l'extirpation de l'os par la méthode antiseptique a procuré un résultat favorable. L. GALLIARD.

XII. — L'auteur ne s'occupe que de la luxation en dehors, lésion fort rare, dont on ne possédait que quatre observations dues à Mignot-Danton, Lacombe, Laugier, Desprès ; désormais il faudra dans les discussions faire une place pour ce fait inédit rapporté par Monnier.

Il a trait à un journalier de 65 ans, qui reçut sur le pied droit une plaque de tôle pesant plusieurs kilogrammes. Le pied reposait à plat sur le sol et le corps vulnérant l'avait atteint par son bord interne d'abord, puis avait porté sur le dos du pied. Le diagnostic était facile à porter : luxation en dehors du métatarse, fracture du premier métatarsien. JULLIEN.

I. — De la consolidation des fractures chez les diabétiques, par VERNEUIL (*Bull. Acad. de méd., XII, n° 30*).

II. — Supra condyloid fracture of the humerus with injury of the median nerve, operation, par LANGE (*New York surg. Soc.; Med. News, p. 394, 7 avril* 1883).

III. — Die Fractur des Processus cubitalis, par O. PINNER (*Berlin. klin. Woch., 4 février* 1884).

IV. — Die Fractur des Radiuskopchens (Fracture de la tête du radius), par O. PINNER (*Deutsch. Zeit. f. Chir., Band XIX, p.* 74).

V. — Fractures of the neck of the femur, par N. SENN (*Transact. of the Americ. surg. Associat., I, p.* 333).

VI. — Fracture du col fémoral, mort par embolie due au massage, par DUPONT (*Rev. méd. de la Suisse romande, novembre* 1881).

VII. — Zur Behandlung von Oberschenkelfracturen..... (Du traitement de fractures de cuisse chez les vieillards), par KARG (*Arch. f. klin. Chir., Band XXIX, Heft* 2, *p.* 35).

VIII. — On separation of the lower epiphysis of the femur, par Mayo ROBSON (*Liverpool med. chir. Journ., juillet* 1883).

IX. — Ununited fractures of humerus, radius and ulna, successfully treated by percussion, par Robert JONES (*The Lancet*, 28 *octobre* 1882).

X. — Note on a case of ununited fracture of the left femur, operation, recovery, par RENTON (*Lancet*, 22 *juillet* 1882).

XI. — Eine Methode Pseudarthrosen der Tibia mit grossen Knochendefekt zur Heilung zu bringen (Traitement des pseudarthroses du tibia avec grande perte de substance), par E. HAHN (*Cent. f. Chir.*, *n°* 21, 1884).

I. — 1° Le retard ou l'absence de consolidation constatés dans trois cas de fractures semblent devoir être rapportés à la dyscrasie simultanément reconnue, c'est-à-dire au diabète ;

2° Ce retard et cette absence de consolidation impliquent nécessairement un ralentissement ou une suppression de travail réparateur, forme particulière de la nutrition ;

3° D'où il est permis de conclure que le diabète, lorsqu'il entrave ou empêche la formation du cal, traduit au moins, si même il n'occasionne pas directement, la diminution ou la suppression de nutrition. G. D.

II.— Une enfant de 8 ans, à la suite d'une fracture suscondylienne de l'humérus, voit se développer une paralysie avec rétraction des doigts. Il y a paralysie des nerfs médian et radial, avec absence d'excitabilité faradique dans leur territoire. — Au niveau de la saillie du cal on sent une corde tendue qu'on prend pour le médian. — Après avoir mis à nu la saillie osseuse, on constate que cette corde est simplement un faisceau du brachial antérieur; mais le nerf médian est tendu sur la pointe du cal et il paraît tuméfié au-dessus de ce point. — L'auteur dégage le nerf, résèque la saillie osseuse.

Cette opération fut suivie d'une amélioration de l'état du membre. La rigidité diminua, quelques mouvements revinrent; les ongles qui étaient déformés, la peau qui était froide et cyanosée, reprirent en partie leur aspect normal. Quoi qu'il en soit, le résultat ne peut encore être considéré que comme un succès partiel. P. B.

III. — Sous le nom d'apophyse cubitale, Pinner entend la surface articulaire de l'humérus formée par la trochlée et le condyle.

Laugier a seul rapporté une observation de fracture isolée de la portion intra-capsulaire de la partie humérale. Mais après Gurlt, Pinner conteste la justesse du diagnostic du chirurgien français.

D'un certain nombre d'expériences qu'il a entreprises afin de se rendre compte du mécanisme de cette variété de fractures du coude, il tire les conclusions suivantes :

On n'a jamais observé de fracture isolée de l'apophyse articulaire de l'humérus. Il y a toujours en même temps fracture de l'olécrâne. La violence qui la produit doit agir sur le coude même. Les chutes sur les mains ne déterminent que des ruptures partielles. J. B.

IV. — Pinner a eu l'occasion d'observer un cas de fracture de la tête du radius compliquée d'un accident assez singulier.

Un médecin, en se promenant dans sa chambre, trébucha sur le parquet et tomba de sa hauteur sur les paumes des mains, les avant-bras étendus et en pronation forcée. Il se manifesta aussitôt une faiblesse dans le membre droit ; le coude gonfla et devint douloureux, surtout au niveau de la partie supérieure du radius. L'avant-bras fut immobilisé dans la supination.

Le jour suivant, le malade observa une paralysie des muscles extenseurs des doigts et l'on trouva un point douloureux très net au niveau de la tête du radius, et de la crépitation en cet endroit en faisant exécuter des mouvements de pronation et de supination.

Les accidents disparurent peu à peu au bout de trois mois ; on constata

alors à travers les parties molles un gonflement osseux au niveau de la tête du radius en avant et en dehors. Le diagnostic de fracture était pleinement confirmé par l'existence de ce cal.

Ce cas présente de remarquable la lésion de la branche profonde du nerf radial qui contournait en hélice le col du radius. La branche superficielle ne fut nullement atteinte, comme le montre l'absence de toute anesthésie du dos de la main.

L'auteur possède une pièce de fracture de la tête du radius qu'il doit à l'obligeance du docteur Mayer ; mais il n'a malheureusement pas l'observation du blessé. Elle consiste dans un éclatement vertical de la tête radiale , dont l'une des parties est encore en continuité avec le col, tandis que l'autre ne tient plus que par des fragments de la capsule ; la partie détachée comprend la partie postérieure de l'épiphyse qui a glissé vers le bas, s'est éloignée de sa congénère de telle sorte qu'il n'y a pas eu possibilité de consolidation osseuse ou même fibreuse ; les surfaces osseuses fracturées sont, en effet, lisses comme celles d'une pseudarthrose. Bruns a observé un cas où le fragment, complètement détaché, constituait un corps étranger de l'articulation du coude ; d'autres fois il se soude à l'apophyse coronoïde. E. SCHWARTZ.

V. — Travail fort étendu et très complet sur la pathologie des fractures du col du fémur, nous nous contenterons de donner une analyse sommaire de la partie expérimentale et du chapitre *Traitement*.

L'auteur a fait un certain nombre d'expériences (33) sur des chiens, des chats, des lapins, dans le but de résoudre les questions suivantes : Quel est le mode de réparation des fractures du col intra-capsulaires non pénétrantes ? Que devient une cheville osseuse ou métallique implantée dans le col ? Quels effets produit ce corps étranger sur les tissus voisins? Peut-on dans les fractures intra-capsulaires obtenir une coaptation parfaite et une réunion osseuse au moyen de chevilles unissant les deux fragments ?

Pour obtenir une fracture remplissant bien les conditions indiquées, Senn ouvre la capsule par une incision postérieure, la cuisse étant dans la rotation forcée en dedans ; pratique un certain nombre de trous dans le col au voisinage de la tête, et amène par une abduction brusque avec rotation forcée en dehors la fracture de l'os. Des accidents de septicémie étant survenus fréquemment chez les animaux, malgré l'application d'un pansement antiseptique, l'auteur pratiqua la perforation et la rupture du col par la méthode sous-cutanée.

La fracture ainsi produite, on place le membre dans la position normale; le perforateur est introduit par l'orifice cutané jusqu'au centre de la base du col, et un clou métallique ou une cheville osseuse sont glissés et fixent les 2 fragments.

Dans tous les cas où on a laissé les fragments libres, la contention n'étant faite que par un bandage (21 expériences), le cal osseux n'existait pas; il n'y avait qu'une union par un surtout ligamenteux. Cependant le raccourcissement était beaucoup moins marqué qu'on ne le voit proportionnellement chez l'homme.

Dans tous les cas, au contraire, où les fragments étaient unis par transfixion au moyen d'une cheville, le cal osseux était la règle.

D'après ces données expérimentales, Senn conseille pour le traitement des fractures du col non pénétrantes la réduction immédiate et la coaptation par l'extension avec ou sans anesthésique ; l'application d'un bandage

plâtré avec large fenêtre au niveau du grand trochanter. Ce bandage doit comprendre tout le membre blessé, la ceinture pelvienne et la cuisse du côté opposé. La fenêtre pratiquée dans le bandage est destinée à permettre une pression latérale sur les fragments au moyen d'un tampon bien égal, qu'on peut enlever de temps en temps. Mais la pression et la fixité des fragments seront garantis d'un façon plus sûre par une pointe métallique (pointe de Malgaigne) implantée au centre du col et pénétrant l'os. Enfin, d'après Senn, l'application de chevilles d'ivoire ou d'os, étant sans danger, donnerait une coaptation encore plus parfaite et permettrait aux malades de se lever bien avant l'arrivée de la consolidation, évitant ainsi les escarres et les autres inconvénients du séjour au lit. A. C.

VI. — Individu robuste, atteint d'une fracture simple du col du fémur, mais s'accompagnant dès le début de douleurs dans la cuisse et le mollet.

L'appareil ayant été levé le 45e jour, on pratiqua des massages pour faire disparaître la raideur de la jambe.

Au bout de quelques séances, le malade fut tout à coup pris de dyspnée et mourut subitement.

L'autopsie révéla l'existence de nombreuses embolies pulmonaires que Dupont rapporte à une phlébite contemporaine de la fracture. J. B.

J'ai observé moi-même un cas de mort subite due à une embolie pulmonaire survenue chez un homme atteint de fracture comminutive du col du fémur. Des mouvements communiqués au foyer de la fracture avaient déterminé la séparation d'un volumineux caillot de la fémorale qui était venu se loger dans l'artère pulmonaire. Au moment de l'accident il n'y avait aucun signe de coagulation veineuse. PAUL BERGER.

VII. — Le danger principal des fractures de cuisse chez le vieillard, et principalement des fractures du tiers supérieur, est créé par la nécessité d'un long repos et de la déclivité permanente de la partie supérieure du corps; dans ces conditions il survient inévitablement des accidents pulmonaires qui nécessitent le redressement du malade et rendent impossible la contention exacte de la fracture. L'auteur a résolu, dans le service de Thiersch, le problème de l'immobilisation dans la station assise, de la façon suivante :

Un homme de 60 ans, atteint d'emphysème et de bronchite chronique, s'était fracturé la cuisse à la jonction des tiers supérieur et moyen. Soumis à l'extension continue, il présenta au bout de 5 jours des accidents pulmonaires si graves qu'il fallut lever l'appareil. L'auteur, après avoir appliqué la traction pendant 24 heures encore pour assurer la réduction, lui appliqua un appareil plâtré, fortement matelassé, renforcé d'attelles de cuir, depuis le pied jusqu'au-dessus du bassin, immobilisant le genou et la hanche à angle droit; puis, quand le plâtre fut séché, il redressa le malade, jusque-là demeuré sur le dos, de telle sorte qu'il put demeurer assis sur son séant, le membre malade reposant sur le talon; la fièvre et la bronchite disparurent dès le lendemain et le malade guérit rapidement sans aucun accident.

L'auteur estime qu'avec cet appareil tout déplacement des fragments est impossible, parce que la jambe et le bassin forment deux équerres sur lesquelles les attelles plâtrées prennent des points d'appui invariables. Son seul inconvénient est la possibilité de raideurs articulaires par suite d'une immobilisation prolongée à angle droit; en conséquence on ne laissera l'appareil en place que juste le temps nécessaire ou on le renouvellera de temps en temps pour s'assurer de l'état des articulations. DE SANTI.

VIII. — L'auteur rapporte trois observations de cette lésion rare.

Holmes (*Syst. of surgery*) n'en rapporte que deux, Hamilton (*Traité des fractures*) cinq. Dans le premier cas de M. Robson, on dut pratiquer l'amputation de la cuisse au 43e jour pour de la gangrène ; dans le 2e, l'amputation de la cuisse fut faite dès les premiers jours ; dans le 3e, la résection et l'ablation de l'épiphyse déplacée ne purent être faites que dans la 12e semaine après l'accident. A. C.

IX. — Dans trois cas de fracture non consolidée du membre supérieur, l'auteur a employé avec succès le mode de traitement inauguré par Thomas, et qui consiste à irriter les tissus par des percussions répétées, combinées avec des ligatures élastiques au-dessus et au-dessous du trait de fracture. Une ou deux fois par semaine les extrémités des fragments étaient percutées assez vigoureusement avec un petit marteau couvert de caoutchouc, et dans l'intervalle une forte ligature était disposée à l'aide d'un tube de caoutchouc à peu de distance au-dessus du point fracturé, de manière à congestionner fortement les tissus. Dès qu'on voyait l'irritation formative se manifester par une notable augmentation de volume des fragments osseux, on appliquait des attelles de manière à immobiliser le membre. Le succès a été complet dans les trois cas.

X. — Un homme de 33 ans avait eu la cuisse gauche cassée par violence directe au mois de novembre 1880. Huit mois après l'accident, la consolidation n'avait pas eu lieu. En examinant le membre on constatait une pseudarthrose située au tiers moyen de la cuisse ; le fragment supérieur, taillé obliquement, se portait en dedans et en arrière ; le fragment inférieur, de même forme, en avant et en dehors. Le raccourcissement du membre atteignait six centimètres, et pouvait être réduit à trois quand on pratiquait l'extension. Quel que fût l'appareil employé, la marche était impossible. — Renton pratiqua une incision de quinze centimètres à la face externe de la cuisse, et fit saillir au dehors les deux fragments, qui furent trouvés revêtus de cartilage et unis l'un à l'autre par des trousseaux de fibres d'apparence ligamenteuse ; les extrémités libres furent réséquées dans une longueur d'un centimètre et demi, et les surfaces de section mises au contact ; comme l'action musculaire tendait toujours à les séparer, on fora au vilebrequin un trou oblique à travers les deux fragments et on y passa une tige d'acier de quinze centimètres de long sur cinq millimètres de diamètre, qui les maintint solidement en position. L'extrémité de cette tige fut disposée dans l'angle inférieur de la plaie, de manière à pouvoir être retirée facilement, et on pratiqua un pansement antiseptique. La cicatrisation se fit sans accident ; au bout de six semaines la tige métallique jouait librement dans son étui osseux ; elle fut en conséquence retirée, et la consolidation semblant parfaite, on remplaça les attelles par un simple bandage plâtré. Dix jours plus tard le malade, complètement guéri, quittait l'hôpital. Le raccourcissement, mesuré à cette époque, n'atteignait pas trois centimètres. H. BARTH.

XI. — Chez un homme de 39 ans, porteur depuis un an d'une pseudarthrose du tibia avec fort écartement des fragments, et qui avait déjà vainement été traité par le frottement et par les chevilles d'ivoire, Hahn résolut de pratiquer l'avivement et la suture des fragments. Mais après avoir relevé le périoste des deux bouts et réséqué leurs pointes, l'écartement s'élevait à 8 centimètres et demi ; il ne put parvenir à fixer l'extrémité inférieure du péroné fracturé au contact de la partie latérale du fragment supérieur du tibia, ce que voyant il implanta à environ 1 centimètre 1/2 de profondeur l'extrémité inférieure du péroné dans le canal médullaire du bout supérieur du tibia, espérant que les manchettes périostiques assureraient la consolidation. Le résultat a répondu à l'attente, mais la consolidation fut très lente. Onze mois après l'opéra-

tion la soudure était solide; l'opéré marchait sans difficulté, presque sans boiterie.

Ce procédé est le seul applicable dans les pseudarthroses avec fort écartement des segments de membre à deux os. A l'avenir il ne faudrait réséquer du fragment supérieur du tibia que juste assez pour pouvoir y implanter le péroné, et il faudrait réséquer le fragment inférieur du tibia obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, de façon à ce que sa surface en bec de flûte servît d'arc-boutant au péroné. DE SANTI.

I. — Observation de fracture de la rotule, par HENRIET; rapport par L.-G. RICHELOT (*Bulletins de la Société de chirurgie, t. IX, p.* 878, 28 *novembre* 1883).

II. — De l'atrophie musculaire consécutive aux fractures de la rotule, par L.-H. PETIT (*Union médicale*, 29 *novembre et* 1er *décembre* 1883).

III. — Réflexions cliniques sur les fractures anciennes de la rotule, par L. PICQUÉ (*Union médicale*, 4 *décembre* 1883).

IV. — Lettre sur l'état fonctionnel du triceps fémoral à la suite des fractures transversales de la rotule, par L. GOSSELIN (*Archives gén. de méd., p.* 129, *août* 1884).

V. — Fracture comminutive de la rotule; application de plusieurs vésicatoires puis d'un appareil silicaté; mort de tuberculose pulmonaire 67 jours plus tard; consolidation osseuse des fragments, par VERNEUIL (*Bulletins de la Soc. de chirurgie*, 21 *novembre* 1883).

VI. — The treatment of fractures of the patella by the plaster-of-Paris splint, par James-L. LITTLE (*Medical News, p.* 353 *et* 368, 29 *mars* 1884).

VII. — Wiring the fractured patella (Suture de la rotule (*Ibidem, p.* 603, 1er *décembre* 1883, *et p.* 630, 8 *décembre* 1883).

VIII. — Suture osseuse pour une fracture de la rotule, par S. POZZI (*Bulletins de la Soc. de chirurgie, p.* 936, 13 *décembre* 1883).

IX. — De la suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule avec écartement, par BEAUREGARD (du Havre), rapport par CHAUVEL (*Ibidem, p.* 804, 7 *novembre* 1883).

X. — Du traitement des fractures transversales de la rotule par l'arthrotomie et la suture osseuse avec les procédés antiseptiques, par C. DIVERNERESSE (*Thèse de Paris*, 1884).

XI. — Les nouveaux modes de traitement des fractures de la rotule, par Ad. JALAGUIER (*Arch. gén. de méd., p.* 325 *et* 463, *mars-avril* 1884).

XII. — Fall von linkseitiger Patellafractur durch die Naht nach Kocher's Verfahren geheilt (Fracture transversale de la rotule traitée par la suture osseuse), par NIEHANS (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n°* 11, *p.* 342, 1er *juin* 1882).

XIII. — Naht einer Patellafractur, par WAHL (*Deutsche med. Woch., n.* 18-20, 1883).

XIV. — Rupture du tendon du triceps fémoral, par W.-T. BULL (*New York surg. Soc.*, 11 *mars* 1884, *Med. News, p.* 367, 29 *mars* 1884).

I. — Il s'agit d'un homme atteint de paralysie infantile, dont le triceps

était fort affaibli : pendant le traitement qu'il dut subir pour une fracture de la rotule siégeant sur le membre malade, fracture qui s'accompagna d'un écartement de quatre travers de doigts, on améliora l'état du muscle paralysé par des massages et par l'électricité. Le malade, après sa guérison, marchait beaucoup mieux qu'avant la fracture.

Richelot prend occasion de ce fait pour insister sur la part qui revient aux muscles dans le résultat fonctionnel des fractures de la rotule, qu'elles soient ou non consolidées avec écartement.

II. — Reprenant les idées que M. Verneuil avait développées dans plusieurs leçons cliniques, en 1880 et 1881, Petit s'attache à démontrer que l'impotence fonctionnelle consécutive aux fractures de la rotule dépend surtout de l'atrophie qui envahit le muscle triceps.

En réalité, les observations, d'ailleurs intéressantes, qu'il cite à l'appui de cette opinion prouvent : 1° qu'à la suite des fractures de la rotule on observe une atrophie du muscle triceps ; 2° que la faradisation de ce muscle peut favoriser la régénération du muscle et le retour des fonctions ; propositions qui sont d'un intérêt incontestable.

Mais ce que ces faits ne démontrent nullement c'est que la dégénération du muscle soit la seule cause ou même la cause principale de l'impotence. Dans l'observation 2, celle où les fonctions ont laissé à désirer, il existait en même temps, lorsque le malade fut perdu de vue, un écartement notable des fragments, du gonflement et de la roideur du genou auxquels l'imperfection du résultat peut être rapportée tout au moins autant qu'aux lésions musculaires concomitantes. — Les observations, de plus, ont trait à des cas trop récents pour permettre de juger d'un état fonctionnel qui peut s'améliorer pendant plusieurs années avant de pouvoir être considéré comme définitif.

III. — Les faits recueillis par Picqué, dans le service de M. Berger, appartiennent justement à la catégorie des résultats tardivement observés des fractures de la rotule. Ils démontrent que le retour suffisant des fonctions est compatible avec un écartement persistant assez notable des fragments et même avec une atrophie manifeste (4 centimètres en circonférence dans un cas) du muscle triceps. — Des sujets observés, en effet, l'un était pompier, l'autre maçon, deux autres, cantonier et garçon boucher ; tous exerçaient sans aucune gêne leur métier, malgré un écartement des fragments qui pouvait même augmenter par la flexion du genou ; la date de la fracture remontait à 6, 11, 12 et 15 ans.

La cause du retour des fonctions et la possibilité de la marche, dans ces cas, résiderait dans la conservation des insertions que les parties latérales du triceps envoient soit aux bords latéraux de la rotule près de la pointe, soit directement aux tubérosités interne et externe du tibia ; par leur action, la transmission de la contraction du triceps, qui ne se fait plus suffisamment par l'intermédiaire de la rotule, peut encore s'opérer et produire l'extension de la jambe sur la cuisse. L'étendue de la déchirure du surtout rotulien qui accompagne la fracture doit donc entrer en ligne de compte dans le pronostic, non moins que les phénomènes d'atrophie musculaire et que l'inflammation articulaire qui lui sont consécutifs.

IV. — Dans cet écrit, où se retrouve le sens clinique fondé sur la grande expérience de l'auteur, Gosselin fait la critique de la théorie qui

place dans l'atrophie musculaire du triceps la cause principale de l'impotence fonctionnelle consécutive aux fractures de la rotule. Il remplace la notion d'atrophie par celle d'une condition physiologique spéciale, en vertu de laquelle les muscles de la vie animale cessent de bien fonctionner lorsque les leviers qu'ils font mouvoir ne sont pas dans leur état normal. Il s'agit, suivant lui, d'une absence ou d'une imperfection de la contraction musculaire bien différente de celle qui résulterait de la dégénération de la fibre musculaire, puisqu'elle peut s'amender et disparaître, et que les mouvements peuvent revenir presque en totalité, quoique l'atrophie musculaire persiste.

Les faits, d'ailleurs, doivent être envisagés à part, suivant qu'il s'agit de fractures de la rotule consolidées sans écartement, ou suivant qu'un écartement plus ou moins notable a persisté entre les fragments.

Dans le premier ordre de faits, Gosselin attribue l'impotence des premiers temps à un reste d'arthrite douloureuse du genou, à la roideur articulaire, à la solidité encore insuffisante du squelette, déterminant cette impuissance musculaire particulière à laquelle nous venons de faire allusion. Il a toujours observé qu'au bout d'un certain temps, lorsque la consolidation était parfaite et que les traces d'inflammation articulaire et périarticulaire avaient disparu, les mouvements se rétablissaient dans leur intégrité, malgré la persistance de l'atrophie musculaire, et quoique l'on n'eût pas eu recours au traitement par l'électricité.

Lorsque la fracture a guéri avec écartement il faut, avec Gosselin, envisager les résultats à la fin de périodes de plus en plus éloignées de l'accident et de la guérison.

1) A la fin du quatrième mois : les fonctions sont encore très imparfaites et « le muscle extenseur agit peu ; mais ce n'est pas lui seulement qui est faible ; ce sont aussi tous les autres muscles de la cuisse, et la cause de cette faiblesse est, non pas dans l'atrophie, mais dans l'état de l'articulation, qui est incompatible avec le retour des contractions normales ».

2) A la fin de la première année : la marche est, en général, possible, les mouvements d'extension et de flexion du genou ont repris toute leur étendue ; mais le membre n'est pas encore fort ; certains exercices : le saut, la danse, la projection du pied en avant, ceux, en un mot, auxquels concourt presque exclusivement la contraction du droit antérieur, laissent à désirer ou ne se font pas. On constate alors que le triceps, bien qu'atrophié, se contracte, mais que sa contraction ne se transmet pas au tibia parce que la rotule est interrompue, et que la substance intermédiaire molle et extensible qui va d'un fragment à l'autre, épuise toute la force et s'allonge sans pouvoir soulever la jambe. Il s'agit, à cette époque, d'autant moins d'une impotence due à l'atrophie qu'il n'existe pas d'exemple probant où l'on ait constaté à la fois, sous l'influence de l'électrisation, le retour des muscles à leur volume normal et l'augmentation de leurs fonctions.

3) Au bout de trois ans, et au delà, le membre semble avoir repris la plénitude de son activité; quelques mouvements, que Gosselin qualifie de *mouvements de luxe*, font cependant encore défaut ; telle est la projection du pied en avant, la jambe étant étendue. Cette restauration des fonctions est probablement due à la transmission de la contraction des

vaste interne et vaste externe au tibia par l'intermédiaire des faisceaux fibreux péri-rotuliens qui se continuent avec ces deux muscles, grâce à une augmentation progressive de la puissance contractile de ces deux corps musculaires. Celle-ci se produit et les fonctions se rétablissent quoique l'atrophie persiste et soit manifeste pendant un nombre indéterminé d'années. Gosselin pense que l'étude de l'infirmité causée par la consolidation des fractures de la rotule, au moyen d'un cal fibreux extensible, est restée incomplète parce qu'on n'a pas suffisamment observé les résultats éloignés de ces fractures : leur considération, suivant lui, doit sensiblement atténuer le pronostic qu'on est tenté d'appliquer à ces lésions, et montre en même temps que rien ne justifie l'importance prépondérante que l'on a voulu attribuer à l'atrophie musculaire dans la production de résultats fonctionnels recueillis à une période trop rapprochée du début de l'affection.

Cette atténuation du pronostic engage Gosselin à rejeter entièrement, ou à réserver pour des cas dont il ne connait pas d'exemple, et où l'impotence serait totale au bout de plusieurs années, la suture des fragments de la rotule, opération dont la gravité est encore disproportionnée au but que l'on se propose d'atteindre.

V. — Ce fait prouve qu'il n'est besoin ni de suture osseuse, ni même de ponction articulaire pour amener une fracture de la rotule à consolidation osseuse complète.

M. Verneuil saisit cette occasion pour s'élever avec force contre les audaces chirurgicales de ceux qui, même avec le secours de la méthode antiseptique, transforment en fracture ouverte une fracture simple, afin d'obtenir, par la suture osseuse, une consolidation qu'elle ne peut garantir et qu'on peut atteindre par d'autres moyens moins dangereux.

M. Berger fait observer qu'il s'agissait ici très probablement d'une fracture par cause directe, favorable par conséquent à la restauration du tissu osseux inter-fragmentaire. Il se rattache, ainsi que M. Nicaise, à l'abstension de toute opération sanglante, posée en principe par M. Verneuil, dans le traitement des fractures de la rotule.

VI. — Le point le plus intéressant de cette communication est la présentation d'une pièce de consolidation osseuse de fracture de la rotule, obtenue par l'emploi de l'appareil à attelles plâtrées préconisé par l'auteur. (On trouvera dans le mémoire de Jalaguier, ci-après analysé, l'indication de tous les cas actuellement connus de consolidation osseuse bien constatée.)

Cet appareil, connu depuis longtemps en France, se compose d'une demi-gouttière plâtrée postérieure, moulée sur le membre; à cette demi-gouttière viennent se fixer deux bandelettes plâtrées, agissant concentriquement sur les fragments supérieur et inférieur au-dessus et au-dessous desquelles elles sont ajustées pendant que les mains du chirurgien maintiennent les fragments au contact tout le temps nécessaire à la solidification de ces bandelettes.

Dans la discussion qui suivit, plusieurs membres de la Société ont rapporté les résultats de leur pratique. Aucun d'eux ne parle de suture osseuse; le seul qui mentionne l'aspiration par ponction de l'épanchement sanguin, W.-J. Bull, se montre peu partisan de ce moyen; F. Lange, George, A. Peters, Bull, C.-T. Poore, citent des exemples de guérison

avec écartement notable et restauration des fonctions. Au point de vue du choix de l'appareil, ils paraissent s'adresser de préférence aux bandages plâtrés circulaires.

VII. — Après avoir rapporté les 7 cas heureux de suture de la rotule que Lister a publiés dans le numéro du 3 novembre 1883 de *The Lancet*, l'auteur anonyme de l'article présente quelques résultats statistiques basés sur les observations, au nombre de 86, qui sont venues à sa connaissance.

Cette statistique, qui donne 23.2 0/0 de suppurations du genou; 5.8 0/0 de mortalité; 2.3 0/0 de nécrose des fragments, et 3.5 0/0 d'amputations consécutives de la cuisse, ne justifie nullement, dit l'auteur, l'appréciation enthousiaste de Lister sur cette opération, et suffit à prouver qu'elle ne remplacera pas de sitôt les anciennes méthodes de traitement : conclusions conformes à celles du travail de Jalaguier.

VIII. — Le malade en question avait subi la suture rotulienne et on le croyait guéri, quand, dans une tentative de mobilisation du genou, qui était fort raide, le cal se rompit. Il guérit avec une pseudarthrose rotulienne. L'indication était tirée de l'état d'aliénation mentale de l'opéré, qui ne se serait prêté à l'application d'aucun appareil.

IX. — Il s'agit d'un cas dans lequel M. Beauregard avait pratiqué la suture osseuse pour une fracture de la rotule; au moment où l'auteur avait présenté son malade à la Société de chirurgie, la consolidation n'était pas faite et les mouvements du genou étaient très limités; aussi M. Chauvel, dans son rapport, se montra-t-il très peu partisan de la méthode nouvelle, qu'il conseilla de réserver pour les cas où tous les moyens ordinaires ont échoué et où le résultat fonctionnel est franchement mauvais. Le rapporteur a réuni 43 observations de suture rotulienne : dans 20 de ces cas, il y a eu une inflammation notable à la suite de l'opération, sans accident menaçant pour la vie; néanmoins, sur 38 faits où le résultat est donné avec détails, il y a 28 succès et 10 insuccès; il faut compter, en outre, 3 cas de mort.

Dans la discussion qui a suivi ce rapport, le seul membre de la Société qui se soit déclaré pour l'opération fut M. Lucas Championnière, dont on connaît la confiance absolue dans la méthode antiseptique. Ce chirurgien se demande, avec Lister, si la suture osseuse ne doit pas être considérée comme le véritable traitement des fractures rotuliennes. Il rapporte un fait qui lui est propre, et insiste sur la nécessité du drainage poplité tel que le pratique Lister.

X. — Cette thèse se recommande à l'attention par le nombre d'observations qu'elle renferme. Elle contient des détails sur le manuel opératoire ainsi que sur les accidents qui peuvent résulter de l'arthrotomie suivie de la suture rotulienne. Voici les conclusions que formule l'auteur :

L'ouverture de l'articulation du genou et la suture de la rotule dans les fractures transversales paraissent indiquées :

1° Dans les fractures anciennes avec cal fibreux et impuissance fonctionnelle du membre, rendant impossible ou difficile au malade l'exercice de sa profession, et dans les cas de déchirure du cal fibreux;

2° Dans les fractures récentes, lorsqu'il y a plaie communiquant avec l'articulation; lorsqu'il existe un écartement considérable avec beaucoup de difficulté pour rapprocher les fragments; lorsque l'interposition de

caillots volumineux, de lambeaux aponévrotiques entre les fragments rend leur coaptation impossible; dans les cas d'agitation extrême du malade.

Aucun chirurgien ne doit se croire autorisé à faire une pareille opération s'il n'est sûr de pouvoir profiter de toutes les ressources de la méthode antiseptique, car aucun accident grave n'est arrivé à ceux qui se sont strictement soumis aux règles listériennes; toutes les fois que des accidents graves sont survenus, on peut s'assurer qu'ils étaient dus ou à l'omission de ces règles, ou à la gravité exceptionnelle du cas.

Les résultats fonctionnels, lorsqu'il n'y a pas d'accidents après l'opération, sont toujours plus rapides et supérieurs à ceux obtenus par les autres procédés et par les appareils : d'autre part, la suppuration et la réaction, lorsqu'elles suivent l'opération, en retardent les bons effets, mais n'empêchent pas que l'on obtienne parfois de très bons résultats et toujours dans un état bien préférable à celui qui existait avant l'intervention.

Nous ne ferons pas la critique de ces propositions, évidemment très exagérées; on trouvera dans le travail de M. Gosselin, dans la *Revue critique* de M. Jalaguier, une réponse péremptoire à ces assertions, qui tiennent évidemment à ce que le jeune auteur était trop plein de son sujet; son mémoire, néanmoins, mérite d'être conservé en raison des faits nombreux qui y sont scrupuleusement recueillis et d'ailleurs judicieusement répartis.

XI. — Après avoir, en quelques pages, apprécié le rôle de la ponction aspiratrice, dans le traitement de l'hémarthrose qui accompagne les fractures de la rotule, manœuvre opératoire à laquelle il se montre peu favorable, l'auteur fait une étude complète de l'ouverture antiseptique du genou, préconisée, dans ces derniers temps, comme le moyen le plus sûr d'obtenir, grâce à la suture osseuse, une consolidation prompte et solide. Nous nous bornons à reproduire les chiffres basés sur la statistique la plus complète qui ait été réunie jusqu'à ce jour, chiffres qui permettent d'établir une comparaison entre la méthode nouvelle et l'ancienne.

Pour ce qui est des fractures sous-cutanées récentes, Jalaguier a pu réunir 43 observations de suture, dont 27 seulement sont des exemples de succès véritables obtenus par cette pratique. Dans ces 27 cas, la guérison a été rapide et complète, et elle a paru hâtée par l'intervention opératoire.

Mais dans 7 cas les malades conservèrent des troubles fonctionnels notables : 7 fois l'articulation du genou suppura ; de ces 7 cas de suppuration articulaire, 5 se terminèrent par une ankylose complète; dans un on dût avoir recours à l'amputation; dans un dernier seulement, malgré l'élimination d'un séquestre, il y eut conservation des mouvements. Deux fois enfin la mort survint, une fois par intoxication phéniquée, une fois par pyohémie.

Dans les fractures compliquées de plaie, au contraire, on a obtenu dans 6 observations connues d'excellents résultats.

Les opérations, entreprises pour des fractures anciennes, mal consolidées sont au nombre de 45 : sur ce chiffre, 22 fois la guérison a été complète; 9 fois les opérés annoncèrent des troubles fonctionnels sérieux; 1 fois l'opération ne put être achevée; 11 fois l'ankylose du genou se

produisit, 10 fois après suppuration de l'article ; 3 fois enfin la mort survint, soit par pyohémie, soit par septicémie aiguë.

On peut admettre, avec l'auteur, que ces résultats peu encourageants doivent faire réserver la suture osseuse pour les cas de fracture de la rotule compliquée de plaie, ou pour quelques cas anciens vraiment exceptionnels, où l'impotence résultant de l'écartement est définitive et suffisante pour faire accepter les risques très sérieux de suppuration du genou, d'ankylose et même de mort que les adeptes de la suture osseuse font courir à leurs patients.

Une bibliographie des plus complètes, une exposition bien faite des procédés opératoires et des indications, recommandent ce travail à l'attention des chirurgiens. PAUL BERGER.

XII.—Homme de 54 ans ; fracture transversale de la rotule, immédiatement au-dessous de la mi-hauteur de l'os. Gonflement considérable de la région ; articulation distendue par le sang épanché.

Le troisième jour, le blessé étant chloroformé et toutes les précautions antiseptiques étant prises, Niehans fait une incision le long du bord supérieur de la rotule au-dessous de laquelle il passe une aiguille courbe qui vient ressortir au niveau du bord inférieur de l'os. Cette aiguille lui sert à passer un fil d'argent. Puis il exerce une pression pour vider la jointure des caillots qu'elle contient. Ensuite, il affronte exactement les fragments et noue le fil, qu'il dût resserrer 10 jours plus tard,

L'évolution fut complètement apyrétique. Ablation du fil au bout de 4 semaines.

Le malade commence à se lever après 7 semaines. Au moment de son départ, les fragments sont unis solidement ; il existe encore un peu de gonflement péri-articulaire et la flexion du genou n'a que la moitié de son amplitude normale. J. B.

XIII. — Tailleur de 39 ans, fracture de la rotule avec énorme épanchement de sang ; ponction sans grand succès. L'hémarthrose empêche le rapprochement des fragments rotuliens.

L'auteur se décide à suturer ces fragments avec une certaine difficulté à cause de l'irrégularité du trait de fracture. Quand la coaptation est effectuée, le chirurgien suture encore le périoste avec trois fils de catgut, lave la plaie et suture enfin la peau en laissant à chaque angle de la plaie un drain épais. Pansement de Lister. Le membre est placé dans une gouttière.

La température reste d'abord normale, mais le 5 avril elle atteint 38°,6. Le sixième jour, on enlève le pansement, il s'écoule de la sérosité sanguinolente ; le cul-de-sac sous-tricipital est gonflé, on l'incise et on y place un drain. La température s'abaisse, les sécrétions diminuent. Nouveau pansement à l'iodoforme. Le onzième jour on enlève les drains. On continue à irriguer la plaie et bientôt on enlève les sutures.

Le 14 avril, un des orifices des trajets de drainage est oblitéré, l'autre persiste et la sonde qu'on y introduit arrive sur une surface osseuse dénudée, au voisinage du trait de fracture. Il faut encore inciser à ce niveau.

Le 17 avril, fièvre avec signes de pneumonie à la base droite. Cet incident n'a pas d'influence appréciable sur la plaie. La suppuration persiste, car il existe une nécrose superficielle du fragment rotulien inférieur.

Le 15 mai, on enlève une des sutures métalliques ; le 13 juin, l'autre suture.

Dès la neuvième semaine, on a pu faire exécuter quelques mouvements de flexion, et c'est au milieu de la dixième semaine que le blessé marche pour la première fois.

Le 25 juillet, élimination d'un séquestre gros comme un pois. La suppuration cesse, la plaie se ferme.

Le 10 août, un petit fragment osseux soulève encore la peau, on l'extrait après avoir fait une petite incision. La rotule est tout à fait solide, on peut la mobiliser latéralement, le genou acquiert des mouvements étendus sous l'influence du massage.

A la fin d'août, l'opéré quitte l'hôpital ; il traînait encore un peu la jambe à cette époque, mais, depuis lors, les fonctions du membre sont redevenues normales.

Ce fait ne paraît pas de nature à modifier l'impression que laisse la lecture du travail de Jalaguier sur ce sujet. L. GALLIARD.

XIV. — Le malade en question s'était rompu le tendon rotulien dans une flexion forcée du genou. Après l'application d'un bandage ouaté pendant 12 heures, on mit un appareil assez compliqué consistant en bandelettes unissantes de diachylon, embrassant en 8 de chiffre la rotule et la cuisse au-dessus de la rupture, et recouvertes d'une bande de flanelle, le tout maintenu par une attelle plâtrée ; cet appareil avait été posé dans l'élévation forcée du membre. Il fut laissé en place 40 jours : au bout de trois semaines, on avait permis au blessé de circuler avec des béquilles. Un nouvel appareil fut mis pendant 21 jours, au bout de ce laps de temps. Au bout de trois mois et demi, le patient peut se servir de sa jambe, l'étendre, la fléchir jusqu'au trois quarts de la flexion normale. La place de la rupture est révélée par un épaississement fibreux des tissus.

C.-T. Poore et R.-F. Weir rapportent quelques exemples de cette lésion. Dans un cas ancien, où l'écartement avait persisté, les fonctions du membre étaient néanmoins satisfaisantes. Weir pense que le tendon du droit antérieur était seul intéressé dans les cas qu'il a observés, au nombre de 5, et où la cause de la rupture était la contraction musculaire.

PAUL BERGER.

I. — Extirpation de la plus grande partie du sternum, par KŒNIG (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 611, 2 *octobre* 1882).

II. — Résection de l'extrémité interne de la clavicule, par LE DENTU (*Bull. Soc. de chir.*, *p.* 545, 1882).

III. — Ueber osteoplastiche Resection des Ellbogengelenkes, par MOSETIG-MOORHOF (*Wiener med. Presse*, *n°* 26, 1883).

IV. — Ueber die Behandlung gewisser Luxationen und Frakturen des Capitulum Radii durch Resection, par LÜBKER (*Ibidem. n°* 34, 1883).

V. — Ein Fall von temporäre Resektion des Olecranon zur Entfermung (Résection temporaire de l'olécrâne pour extraire l'épitrochlée fracturée et réduire la capsule articulaire interposée), par Otto SPRENGEL (*Cent. f. Chir.*, *n°* 34, 1883).

VI. — Contribution à la résection pathologique du poignet, par NEPVEU (*Revue de chirurgie*, *mai* 1883).

VII. — De la résection du poignet dans le traitement des ostéo-arthrites fongueuses, par GANGOLPHE (*Rev. de chir.*, *mai-juin* 1884).

VIII. — Demonstration eines Praeparates von Neubildung eines unter den Trochanter major resecirten Hüftgelenks (Néarthrose après résection sous-trochantérienne), par James ISRAEL (*Berl. klin. Woch.*, 7 *août* 1882).

IX. — De la résection du genou, par OLLIER (*Rev. de chir.*, *avril-mai* 1883).

X. — Methode der Kniegelenks-Resection, par Eugen HAHN (*Berlin. klin. Woch.*, 24 *juillet* 1882).

XI. — On excision of the knee-joint, par Edg. FENWICK (*London med. Record*, 15 *octobre* 1883),

XII. — Sept observations de résection du genou, par Ch. MAC BURNEY (*Medical News, p.* 409, 17 *avril* 1884).

XIII.—Die Gefahr der Fettenembolie bei gewissen Kniegelenkresectionen (Danger des embolies graisseuses dans certaines résections du genou), par P. VOGT (*Cent. f. Chir.*, *n°* 24, 1883).

XIV. — Estirpazione del fibro cartilageo semilunare interno del ginocchio sinistro, par MARGARY (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, *mai-juin* 1882).

XV. — Ueber die Verwendung der osteoplastichen Fussresection nach Mikulicz bei Caries, par C. LAUENSTEIN (*Cent. f. Chir.*, *n°* 1, 1884).

XVI. — Die Ausführung der Fussgelenkresection bei füngoser Gelenkentzündung (De l'extirpation primitive de l'astragale dans la résection tibio-tarsienne pour arthrites fongueuses), par P. VOGT (*Ibidem*, *n°* 19, 1883).

XVII. — Ostéite tuberculeuse de l'astragale, résection, par ROBERT, rapport par CHAUVEL (*Bull. Soc. de chir.*, 2 *janvier* 1884).

XVIII. — De l'ablation de l'astragale, résultats définitifs de cette opération, par OLLIER (*Ibidem*, 23 *avril* 1884).

XIX. — Remarks on excision of the ankle joint, par F. LANGE (*Med. News*, *p.* 309, 15 *mars* 1884).

XX. — Ueber Hüft und Ellbogengelenk-Resection, par Julius WOLFF (*Berlin. klin. Woch.*, 31 *juillet* 1882).

XXI. — Résection pour carie du tarse, par LAUENSTEIN (*Ibidem*, 23 *avril* 1883).

XXII. — Sur un nouveau procédé de résection du cou-de-pied, par J.-L. REVERDIN (*Revue médic. Suisse romande*, *mars* 1883).

XXIII. — Die Resection des Fussgelenks mit temporärer Durchsägung des Calcaneus, par Rudolf von HŒSSLIN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 21, *p.* 318, 21 *mai* 1883).

I. — A la 55e réunion des naturalistes et médecins allemands, Kœnig a présenté une femme de 31 ans guérie d'une opération dont il n'a pas trouvé l'analogue dans la littérature médicale.

La malade, qui avait un chondrome ostéoïde du sternum, a subi, le 17 juillet 1882, l'ablation de la plus grande partie de cet os. Kœnig a seulement laissé l'appendice xyphoïde et le sommet du sternum avec ses articulations claviculaires.

Pendant l'opération il y eut ouverture des deux plèvres et du péricarde, auquel la tumeur adhérait.

Actuellement l'opérée est parfaitement rétablie, sauf d'une nécrose superficielle des cartilages.

La cicatrice est très solide. J. B.

II. — Un homme de 45 ans était atteint d'arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire à la suite d'un traumatisme remontant à un an (choc à distance dans une chute sur le coude).

L'opération, pratiquée par Le Dentu, consista dans l'extraction d'un petit séquestre, dans la résection de 3 centimètres de l'extrémité interne de la

clavicule, et le raclage de la surface sternale, suivi d'une légère cautérisation au thermocautère pour détruire les fongosités tapissant le fond du foyer.

L'auteur insiste sur le danger qu'il y aurait à attaquer vigoureusement la paroi postérieure du foyer ; cette paroi doit être respectée comme une barrière à l'extension de la suppuration du côté du médiastin.

La guérison n'a été obtenue que lentement, en un an, par les pansements à l'iodoforme et les cautérisations réitérées avec le thermocautère.

JULLIEN.

III. — Le procédé de résection ostéoplastique du coude est celui que Bruns a indiqué en 1858, et qui consiste à scier la base de l'olécrâne pour pénétrer dans l'articulation, et, l'opération terminée, à suturer cette apophyse avec le cubitus. Les chirurgiens s'accordent à reconnaître que ce procédé peut s'appliquer dans les cas de corps étrangers, de luxations anciennes, d'ankyloses du coude ; mais ils le repoussent quand il s'agit du traitement des tumeurs blanches. L'auteur recommande cependant la résection ostéoplastique pour les tumeurs blanches, à condition que l'olécrâne n'ait pas été le point de départ de la maladie, et que l'on ne s'engage pas d'avance à conserver la totalité de l'apophyse, dont il importe surtout de garder un segment cortical sous-périostique.

Il trouve dans cette méthode trois avantages : la facilité de la technique, la large ouverture de l'articulation malade accessible à l'œil et au doigt, la perfection des résultats terminaux.

Voici le procédé opératoire qu'il emploie : l'avant-bras étant fléchi à angle droit sur le bras, il fait une incision qui va du condyle huméral externe au bord interne de l'olécrâne, puis une seconde incision formant un angle droit avec la première et allant de son extrémité jusqu'au sommet de l'olécrâne en suivant le bord interne de cette apophyse. Il écarte le nerf cubital et scie l'olécrâne à sa base ; puis il coupe les ligaments latéraux et enlève aux os de l'avant-bras toutes les parties malades. Pour ce qui concerne l'humérus, il s'efforce de conserver les épicondyles, à cause des insertions musculaires, et se contente autant que possible d'exciser la trochlée humérale avec la fosse sous-trochléenne. Après ablation de la capsule articulaire, il réunit l'olécrâne au cubitus par la suture au moyen d'un fil d'argent. Pansement à l'iodoforme.

L'auteur a opéré trois malades.

Le premier, un garçon de 18 ans, est mort, deux mois et demi après l'opération, de pneumonie. En disséquant la jointure, on trouve l'olécrâne si complètement soudé au cubitus qu'il faut une grande attention pour découvrir la cicatrice osseuse. Les surfaces créées par la scie sont lisses et reliées par des tractus conjonctifs. Il y a donc là une pseudarthrose aussi parfaite que possible, qui permet au membre d'exécuter à peu près les mouvements physiologiques.

Les deux autres opérés, un garçon de 6 ans et une fille de 15 ans, ont guéri lentement mais d'une façon complète. Les résultats sont satisfaisants ; la flexion et l'extension ne s'exercent pas complètement, mais les fonctions du membre sont suffisantes, et la fille a pu entrer en service quand elle a quitté l'hôpital. Elle a conservé le fil d'argent, car la soudure de l'olécrâne s'est effectuée rapidement. Chez le garçon, au contraire, le fil a été enlevé au bout de six semaines.

IV. — L'auteur a pratiqué six fois la résection de la tête du radius,

trois fois pour la luxation isolée en avant, trois fois pour les difformités consécutives à des fractures vicieusement consolidées.

Les trois premières opérations ont eu lieu chez des enfants de 5, 9 et 12 ans après tentatives inutiles de réduction de la tête radiale luxée en avant. Ces sujets éprouvaient une certaine gêne dans les mouvements de flexion et d'extension, mais la supination et la pronation étaient surtout entravées chez eux. Après la résection, ils ont recouvré rapidement le fonctionnement normal du membre.

Dans deux cas, il s'agissait de fractures longitudinales de la tête (pénétrant obliquement dans l'articulation radio-humérale), avec refoulement du petit fragment en dehors et projection du grand fragment en dedans et en avant; fractures consécutives à la chute sur la partie externe du coude, et dont le diagnostic exact est souvent difficile à établir avant l'opération. Les sujets étaient une femme de 48 ans et un garçon de 16 ans, qui présentaient une déformation très appréciable de la région et des troubles fonctionnels importants. La guérison a été complète.

Le dernier cas se rapporte à un garçon de 20 ans qui n'a conservé aucun souvenir de l'accident dont l'auteur constate le résultat. Le coude droit est tuméfié et douloureux. Tous les mouvements sont fort limités. La tête du radius, augmentée de volume, fait saillie en dehors de l'épicondyle. Après la résection on constate une excroissance de la partie externe de la tête; au bord interne existe un trait de fracture oblique. Le résultat de l'opération sera probablement satisfaisant. L. GALLIARD.

V. — C'est le troisième cas de cette opération exécuté jusqu'à ce jour. On trouvera les observations antérieures de Trendelenburg et Völker dans une récente revue de M. Poinsot (*Revue de chirurgie*, 1883, n° 8, p. 634). Voici le fait de Sprengel.

Un enfant de 11 ans s'était luxé l'avant-bras dans une chute; le coude fut immobilisé à angle droit et conserva cette position. Quand Sprengel vit le malade, 9 semaines après l'accident, il le trouva dans l'état suivant : avant-bras à angle droit, dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination, incapacité fonctionnelle complète, douleurs extrêmes à toutes les tentatives de mobilisation, articulation légèrement tuméfiée sans épanchement. Sous le chloroforme la supination était possible dans presque toute son étendue, et, dans ce mouvement, on sentait la tête du radius rouler à sa place normale, sous l'épicondyle; en revanche, l'épitrochlée semblait manquer complètement. Extension forcée pour déchirer les adhérences articulaires; on constate alors que l'olécrâne est susceptible de s'éloigner latéralement de l'humérus, et que si, dans la flexion forte, il s'applique exactement sur la trochlée, il abandonne la trochlée dans l'extension forte, laissant entre les surfaces articulaires huméro-cubitales un espace vide dans lequel peut pénétrer la pulpe du doigt; dans cette position, on sent manifestement, entre l'olécrâne et la trochlée, une saillie osseuse qui n'existe pas à l'état normal. Diagnostic : luxation latérale réduite, avec interposition de l'épitrochlée entre l'olécrâne et la trochlée.

Deux incisions longitudinales sur les bords de l'olécrane, réunies à leur extrémité inférieure par une incision transversale, permettent de pénétrer dans l'articulation dans ses parties latérales; on voit alors, en écartant légèrement l'olécrâne, l'épitrochlée détachée, interposée aux surfaces articulaires et entièrement adhérente à la trochlée; Sprengel l'extrait avec des pinces et des ciseaux. L'opération eut pu être considérée comme terminée, mais les mouvements étaient encore gênés, c'est pourquoi le chirurgien acheva l'opération typique de Trendelenburg-Völker, « qui n'offre plus aujourd'hui, dit-il, de gravité appréciable. » L'olécrâne fut scié en travers et l'articulation large-

ment ouverte ; on s'aperçut alors qu'à la partie antérieure la capsule articulaire s'interposait à la trochlée et l'apophyse coronoïde, et qu'en dedans encore de petites portions de la capsule, sans doute entraînées par l'épitrochlée, descendaient sur la trochlée ; ces dernières furent extirpées en totalité et le pincement antérieur réséqué en majeure partie en faisant bailler l'articulation à l'aide d'un élévatoire. Les mouvements étaient alors complètement libres. Suture de l'olécrâne à l'aide de deux fortes ligatures de catgut, drainage, pansement au sublimé et immobilisation dans la rectitude. Les suites furent des plus simples, ni fièvre, ni suppuration. On renouvela le pansement au 7e jour pour enlever le drain et les sutures, puis au 25e jour. Au 34e jour on appliqua un appareil silicaté articulé qui permit de commencer des mouvements passifs ; le 40e jour le malade quittait l'hôpital ; on lui enleva son appareil articulé au bout de 4 semaines ; à cette époque, trois mois après l'opération, la supination et la pronation étaient complètement rétablies, la flexion et l'extension actives allaient de 75 à 140°, la flexion et l'extension passives de 60 à 160°, c'est-à-dire que le résultat était excellent. DE SANTI.

VI. — Soixante observations constituent la base de ce travail, dont le but est de montrer les résultats qu'on obtient en pratiquant cette opération : six de ces observations appartiennent au service de M. Verneuil ; les autres, résumées, sont toutes, sauf l'une, due à M. Follet, d'origine étrangère.

L'auteur a envisagé la question à trois points de vue : en premier lieu il fait voir que l'opération, peu grave en elle-même, ne s'accompagne pas généralement de complications qui puissent exposer à un danger sérieux : avec l'aide de la méthode antiseptique elle agirait localement avec efficacité, en supprimant la portion malade et en permettant de conserver un membre qui reste utile. Pourtant dans plusieurs cas elle a réveillé la diathèse tuberculeuse et provoqué des accidents graves du côté des grandes séreuses.

D'un autre côté, si l'on considère le rétablissement des fonctions du membre, on trouve que la guérison est souvent incomplète, et limités sont les bénéfices que les malades ont à retirer de l'intervention opératoire. En effet, sur 36 cas dans lesquels les suites ont été mentionnées, on note 8 résultats mauvais, 13 médiocres et 15 favorables. Ces chiffres sont à méditer pour les partisans de l'opération quand même.

Enfin, dans quelques cas l'insuccès thérapeutique est complet, soit que la résection dût faire place à l'amputation, soit que l'on ait négligé de prendre en considération l'état général.

En quelques conclusions, M. Nepveu rappelle les conditions favorables et défavorables qui militent pour ou contre la résection, et ne s'en déclare partisan que lorsque l'on a épuisé toutes les ressources de la thérapeutique conservatrice, cette dernière d'ailleurs devant être la seule mise en pratique, si l'état constitutionnel est menaçant. OZENNE.

VII. — De ce travail, qui renferme 17 observations, l'auteur tire les conclusions qui suivent :

La résection du poignet, dans les cas d'ostéo-arthrite fongueuse, a les mêmes indications générales que les résections des autres articulations du membre supérieur.

Les conditions locales défavorables à cette résection, c'est-à-dire la multiplicité des articulations du poignet et le voisinage des gaines tendineuses, rendent cette opération plus délicate et exigent un traitement

consécutif plus minutieux et plus prolongé. Mais, en ayant soin d'enlever toutes les parties malades, et de modifier consécutivement le foyer de la résection pour empêcher le développement du tissu fongueux, on arrive à d'excellents résultats au point de vue orthopédique et fonctionnel.

Les opérations trop économiques ou trop tardives sont, chez les adultes surtout, les principales causes d'insuccès. La suppuration est alors interminable et la récidive imminente. Dans les résections trop tardives, l'altération des tissus extra-articulaires empêche de conserver les éléments de reconstitution de l'articulation. Cette opération doit être faite par la méthode sous-périostée, malgré l'altération de la gaine péri-ostéo-capsulaire ; c'est grâce à cette méthode qu'on peut obtenir des résultats bien supérieurs à ceux qu'on avait autrefois.

La tuberculose paraît plus grave au poignet qu'au coude et à l'épaule, parce qu'il est plus difficile de débarrasser la région de tous ses éléments tuberculeux ; mais si l'on arrive à ce résultat, on se trouve dans les mêmes conditions que pour les autres articulations.

La réunion immédiate est absolument contre-indiquée dans les cas pathologiques. Il faut maintenir la plaie longtemps ouverte pour empêcher la repullulation fongueuse. L'emploi de la bande d'Esmarch et de la cautérisation post-opératoire immédiate s'oppose à l'auto-inoculation chirurgicale.

L'âge des malades, la multiplicité des lésions, l'existence de tubercules pulmonaires, ne constituent pas forcément des contre-indications. Des opérations pratiquées depuis plusieurs années sur des sujets ayant eu des hémoptysies ont donné lieu à des guérisons durables. Cependant chez les cachectiques, les tuberculeux fébricitants, on devra préférer l'amputation. En somme, les contre-indications de cette résection sont les mêmes que pour toutes les arthrites tuberculeuses.

Chez les enfants, la combinaison de la cautérisation et de l'abrasion intra-articulaire dispense de faire de véritables résections. OZENNE.

VIII. — Chez un garçon de 8 ans qui succomba à une maladie, trois ans et demi après la résection de la hanche suivant le procédé de Langenbeck, pour une carie coxale, Israël put étudier la nouvelle articulation, qui avait suffi au plein fonctionnement du membre.

La tête et le col du fémur, qui avaient été enlevés par l'opération, se trouvaient approximativement reproduits, et la cuisse avait contracté une sorte d'articulation avec le bord supérieur de la cavité cotyloïde.

A cet effet la diaphyse fémorale s'élargissait à sa partie supérieure et présentait trois apophyses, dont deux articulaires qui étaient revêtues d'une couche épaisse de néo-cartilage.

Le prolongement le plus considérable simulait le grand trochanter. En avant et en dedans de la diaphyse, se distinguait une sorte de col terminé par une surface arrondie, ou tête incrustée de cartilage. Enfin le prolongement le moins considérable était dirigé en arrière comme pour représenter le petit trochanter.

L'articulation avec le bassin s'effectuait à la fois par la tête et le grand trochanter, mais surtout par ce dernier.

En effet, la nouvelle tête était unie à l'os iliaque par un coussinet conjonctif mou et mobile un peu au-dessus du contour supérieur de la cavité cotyloïde; tandis que le grand trochanter formait avec cette cavité même une véritable articulation comprenant capsule, cartilages et espaces synoviaux communi-

quant entre eux. Le cartilage de nouvelle formation devenait presque hyalin au voisinage des os. J. B.

IX. — En faisant usage des pansements antiseptiques, en associant le pansement de Lister à l'iodoforme, M. Ollier est parvenu, dans la résection du genou, à diminuer considérablement le nombre des cas mortels, à tel point que cette opération, dont les résultats étaient antérieurement peu favorables (mortalité 80 0/0), peut aujourd'hui prendre sa place au premier rang des opérations conservatrices.

L'auteur regarde comme indiquée l'application de la résection dans trois conditions principales : dans les ostéo-arthrites ou arthrites fongueuses suppurées ; dans les fractures comminutives ou les plaies par armes à feu ; dans les cas d'ankylose osseuse en position vicieuse.

Chacun de ces cas de résections pathologiques, traumatiques et orthopédiques donne lieu à des considérations détaillées et à une longue étude, dont nous ne pouvons que donner ici les conclusions :

Les pansements antiseptiques ont changé complètement les indications et le pronostic de la résection du genou : autant il était sage et prudent autrefois de la rejeter, ou du moins d'en réduire les indications dans la chirurgie d'hôpital, autant il serait irrationnel aujourd'hui de continuer à faire des amputations de cuisse dans la pratique hospitalière pour les cas où la résection est applicable.

Chez les jeunes enfants, à cause des dangers qu'elle présente au point de vue de l'accroissement ultérieur de l'os, il faut continuer à insister sur l'expectation méthodique dans la suppuration du genou, et sur l'emploi des moyens les plus simples : arthrotomie, abrasion articulaire, drainage. On peut bien recourir d'abord à ces moyens à tous les âges, mais on doit préférer la résection du genou à l'amputation, dès que cette dernière opération doit être mise en cause. On doit cependant recourir à l'amputation dans les formes graves de l'arthrite tuberculeuse ; c'est la seule opération rationnelle.

La gravité de la résection du genou n'est pas plus grande aujourd'hui que celle de l'amputation de la cuisse. Les faits que nous avons rapportés montrent que le succès de la résection est la règle dans les mêmes conditions où il était autrefois l'exception ; c'est sur d'autres motifs que la gravité de l'opération qu'on devra se déterminer dorénavant pour préférer l'amputation à la résection ou réciproquement.

On doit toujours chercher l'ankylose osseuse après la résection du genou ; mais il faut combiner l'opération de manière à avoir une articulation solide dans les cas où, pour un motif ou pour un autre, l'ankylose ne pourrait pas être obtenue.

La méthode sous-périostée permet d'arriver à ce résultat : elle accumule autour des surfaces de section le plus possible de tissu ossifiable, et dans les cas où la soudure ne se fait pas, elle conserve une ceinture ligamento-musculaire complète autour de la néarthrose. Les os, maintenus en rapport par les résistances passives et les muscles périphériques qui se font équilibre, pourront jouer l'un sur l'autre avec une solidité suffisante.

Il n'est pas possible d'apprécier, avec les faits observés jusqu'ici, la valeur de la résection du genou dans la chirurgie d'armée. Tout fait présumer qu'à l'avenir on aura les mêmes résultats que dans la chirurgie

civile, toutes les fois qu'on pourra donner aux blessés les soins nécessaires.

Toutes les incisions transversales antérieures, découvrant largement l'articulation, peuvent être appliquées. Il faut seulement faire ces incisions moins étendues en largeur qu'on ne l'a fait jusqu'ici, car il est important de ménager les ligaments latéraux. Il faut alors faire au niveau du bord postérieur des condyles et de chaque côté une incision de décharge pour drainer le foyer de la résection.

Dans les suppurations chroniques de l'articulation, il faut généralement enlever la rotule, en conservant son revêtement périostique antérieur. On rétablit par la suture la continuité du ligament rotulien dévié.

Dans les fractures comminutives des extrémités articulaires, les incisions longitudinales sont préférables aux incisions transversales. L'incision longitudinale, médiane, antérieure, coupant longitudinalement en deux la rotule et le ligament rotulien, facilite l'opération et conserve tous les éléments de reconstitution d'une articulation nouvelle, tout en favorisant l'ankylose, si l'on veut rechercher cette terminaison.

Dans les ankyloses osseuses du genou, l'ostéoclasie sus-condylienne doit être la méthode d'élection. Elle est surtout applicable dans les ankyloses d'origine traumatique ou rhumatismale, lorsque la flexion n'atteint pas ou même ne dépasse pas l'angle droit, et lorsqu'il n'y a pas de brides profondes et multiples dans le creux poplité.

L'ostéotomie sus-condylienne ou la résection seront préférables, lorsqu'on aura lieu de craindre la déchirure des vaisseaux et nerfs poplités englobés dans le tissu cicatriciel. Il faudra même dans ce cas recourir toujours à la résection totale des renflements condyliens, si les adhérences cicatricielles sont profondes et multiples et si la flexion dépasse l'angle droit.

La résection des renflements condyliens est la seule opération à proposer, lorsqu'il existe des signes d'inflammation osseuse. Dans les cas de flexion dépassant l'angle droit, on ne se contenterait pas d'enlever un coin : il faudra réséquer un fragment trapézoïdal, c'est-à-dire une certaine épaisseur de l'os en arrière. C'est le seul moyen de mettre en contact les surfaces de section, sans provoquer dans les tissus poplités des tiraillements douloureux et dangereux pour la circulation du membre.

OZENNE.

X. — Hahn pénètre dans l'articulation au moyen d'une incision pratiquée transversalement, immédiatement au-dessus de la rotule, en coupant le tendon du triceps.

Il met le membre dans la flexion pour extirper la synoviale.

La résection faite, les extrémités osseuses sont unies au moyen de chevilles métalliques qu'on retire au bout de 3 semaines.

Sur les 25 malades opérés de cette façon, il a eu 16 réunions par première intention et 3 morts, dont une par septicémie. J. B.

XI. — L'auteur a recueilli 28 observations de résection du genou pratiquées à l'hôpital général de Montréal. Sur ce chiffre, on compte deux morts, et deux amputations consécutives guéries. Les 24 autres opérés ont quitté l'hôpital guéris. La série des quinze derniers a été traitée par le pansement antiseptique et n'a donné aucun décès. La rotule a été enlevée dans tous les cas.

L'auteur se sert de l'appareil de Watson, et il recommande comme moyen d'obtenir une bonne réunion osseuse une méthode de section donnant au tibia une forme concave, au fémur une forme convexe, s'emboîtant réciproquement. A. C.

XII. — Dans les cas que rapporte l'auteur et où la résection du genou fut pratiquée par lui pour des tumeurs blanches, les sujets étaient âgés de 12, 29, 15, 6 et 7 ans. La guérison fut obtenue, et la marche possible, grâce à une ankylose osseuse, dans les 5 premiers faits; dans le 6e, au bout de 5 mois, l'union des os n'était pas encore complète ; le 7e malade est encore en traitement.

L'auteur a toujours employé l'incision curviligne antérieure passant au-dessous de la rotule ; il a toujours réséqué la rotule et enlevé le plus possible de la synoviale malade. Deux sutures au fil d'argent furent placées sur les os dans tous ces cas, sauf le dernier. Comme appareil, bien qu'il se soit souvent servi de l'attelle plâtrée postérieure, M. Burney conseille d'employer une attelle en bois munie d'une semelle (analogue à celles de Bœckel et de Volkmann). D'ailleurs il ne paraît pas tenir à la suture osseuse, qu'il juge superflue le plus souvent, la contention des fragments étant établie par le ligament postérieur, qu'il faut respecter. Le principal déplacement à craindre est le déplacement par rotation, qu'on prévient par une application soignée de l'appareil. P. B.

XIII. — Une fillette de 12 ans, atteinte de tumeur blanche du genou avec flexion ancienne de l'articulation, fut réséquée par l'auteur ; à l'ouverture de l'article on trouva qu'il s'agissait d'une simple synovite fongueuse et que les os ne présentaient que peu d'altérations ; on réséqua alors une tranche superficielle du fémur et du tibia, on redressa le membre, on fit deux sutures osseuses et on immobilisa avec l'attelle de Watson ; pansement antiseptique occlusif. Les extrémités osseuses étaient tellement ramollies qu'il fut possible de les réséquer avec un simple couteau ; toute la substance osseuse était dans un état de dégénérescence graisseuse avancé; après le redressement, les surfaces de section fémoro-tibiales étaient très fortement pressées l'une contre l'autre. L'opération terminée, la malade tomba dans le collapsus et mourut au bout de 24 heures. L'autopsie, faite par le professeur Grohé, fit voir les poumons farcis d'embolies graisseuses.

L'auteur croit avoir trouvé l'explication de ce fait et dans les travaux de Czerny, Riédel, Scriba et surtout de Recklinghausen, rapportés dans la thèse de Flournoy (*R. S. M.*, XVI, 64). Suivant ce dernier, trois conditions sont nécessaires à la production des embolies graisseuses massives : des solutions de continuité, normales ou pathologiques, aux parois vasculaires, la présence de graisse fluide autour des vaisseaux et l'existence d'une vis *a tergo* qui fait pénétrer la graisse dans les vaisseaux. Cette dernière condition, réalisée par la pression même du sang extravasé, est de beaucoup la plus importante ; elle explique pourquoi les embolies graisseuses sont si fréquentes à la suite des fractures, si rares à la suite des amputations ou des résections ; dans ce dernier cas, en effet, l'écoulement des liquides de la plaie pouvant se faire librement, il n'y a pas de vis *a tergo*. Vogt, en effet, n'a trouvé qu'un cas de résection, appartenant à Lücke (résection de la hanche), qui ait été suivi d'embolies graisseuses mortelles.

Dans son observation, dit-il, toutes les conditions locales favorables à la résorption de la graisse se trouvaient réalisées, à savoir : dégénéres-

cence graisseuse avancée de la moelle osseuse, pression violente des surfaces osseuses réséquées l'une contre l'autre en raison de la brièveté des portions d'os enlevées, impossibilité de l'écoulement des liquides, vascularisation considérable de la zone diaphyso-épiphysaire chez un sujet en voie de croissance.

En conséquence, il faudra, à l'avenir, dans les cas de ce genre, pour éviter la pression réciproque des surfaces osseuses, réséquer de larges segments des extrémités articulaires ; mais cela n'est pas possible chez l'enfant, en raison de l'arrêt de développement du membre qui résulterait de l'excision des cartilages épiphysaires; dans ce cas, l'auteur conseille de n'entreprendre l'opération que lorsqu'on sera arrivé, par les tractions permanentes et le redressement sous le chloroforme, à corriger suffisamment la flexion pour que le redressement n'exige plus qu'une légère abrasion osseuse. Si cela est impossible, il faut amputer et non réséquer.

L'auteur est partisan, pour la pathogénie des embolies graisseuses, de la théorie des conditions locales. L'ébranlement de l'os par la scie, qu'on a incriminé, ne peut être admis puisque la section a été faite au couteau. Peut-être cependant l'état de la circulation joue-t-il un certain rôle dans ce mécanisme, la faiblesse de l'action du cœur chez un enfant anémique comme le sien, favorisant l'accumulation de la graisse dans le poumon et rendant difficile son élimination ; cette dernière condition expliquerait en partie pourquoi les embolies graisseuses sont peu considérables dans certains cas et disparaissent sans laisser aucun trouble.

L'embolie graisseuse pure, comme dans le cas actuel, ne s'accompagne pas de fièvre ; les observateurs qui ont noté cette complication ont eu affaire à des embolies compliquant un état infectieux et s'accompagnant de pneumonie ; dans un cas observé l'an passé par l'auteur (résection des deux genoux, mort au 12e jour), et qui s'était accompagné d'un mouvement fébrile, on trouva à l'autopsie des embolies graisseuses peu abondantes, avec une tuberculose miliaire diffuse qui donnait l'explication de la fièvre ; d'autres auteurs ont noté la coïncidence d'une septicémie. DE SANTI.

XIV. — Un maître d'armes fut atteint en 1872 d'une affection probablement rhumatismale de l'épaule et du genou gauche, qui céda à l'usage prolongé de l'iodure de potassium ; mais depuis cette époque il demeura sujet à une incommodité des plus gênantes : souvent pendant la marche ou l'exercice de l'escrime l'extension du genou gauche était subitement arrêtée par une vive douleur avec sensation d'obstacle, et si pour garder son équilibre le malade était obligé de compléter le mouvement, il percevait dans l'articulation une sorte de craquement ou plutôt de déchirement qui lui causait une atroce souffrance ; à la suite de cet accident il éprouvait parfois des symptômes d'arthrite aiguë, tuméfaction du genou, douleur et fièvre, qui l'obligeaient à garder le lit pendant quinze ou vingt jours. A l'examen, l'auteur soupçonna un corps étranger, mais ne put parvenir à en constater l'existence, jusqu'au moment où le malade lui proposa de reproduire le phénomène : pour cela il lui suffisait de placer le pied gauche sur une chaise et de plier la jambe à angle aigu, en portant le membre dans la rotation en dehors ; dans cette position, s'il commençait à étendre le genou, son mouvement était arrêté vers l'angle de 110° environ, et s'il passait outre le craquement se faisait entendre, accompagné d'une douleur insignifiante quand la jambe était ainsi posée sur une chaise, mais d'une douleur terrible quand elle supportait le poids du

corps. Il faut ajouter que dans cette expérience le malade pouvait, une fois arrivé au point d'arrêt, dégager son genou par un léger mouvement rétrograde, et achever ensuite l'extension du membre sans difficulté. Le doigt appuyé sur le genou au moment du phénomène avait la sensation d'un craquement qui se produisait au niveau de la ligne inter-articulaire, entre le bord interne du ligament rotulien et le bord antérieur du ligament latéral interne ; à aucun moment on ne pouvait sentir un corps étranger. Margay en conclut qu'il s'agissait du fibro-cartilage semi-lunaire interne, qui, à un certain moment, devait se trouver pincé entre le tibia et le condyle fémoral, d'où l'obstacle à l'extension complète et le craquement douloureux quand on forçait cet obstacle. La résection de ce cartilage fut décidée, et l'articulation ayant été ouverte sous le *spray*, on extirpa sans difficulté la moitié antérieure du disque ; celui-ci ne présentait, non plus que les surfaces articulaires du condyle et du tibia, aucune apparence d'altération. La cicatrisation se fit sans accident, mais avec une certaine lenteur, due probablement au tempérament lymphatique du malade ; il en résulta quelques raideurs qu'il fallut combattre par le massage. Six mois après l'opération le malade jouissait de la pleine liberté de ses mouvements et était en état de reprendre ses leçons d'escrime. Depuis lors, malgré un travail de onze heures par jour, la guérison ne s'est pas démentie, et il n'y a jamais eu la moindre gêne ni le moindre craquement dans le genou. H. BARTH.

XV. — L'auteur publie deux nouveaux faits d'amputation de Mikulicz. Il s'agissait dans le premier d'une femme de 32 ans, phtisique, qui avait déjà subi, 3 mois auparavant, la résection de l'astragale et d'une partie du calcanéum pour une arthrite fongueuse du cou-de-pied. Malgré l'étendue des désordres, la plaie se réunit en partie par première intention, et, au bout de 3 semaines, on pouvait constater qu'il existait une soudure osseuse ; au bout de 3 mois la malade quittait l'hôpital, guérie de son pied, mais avec une tuberculose pulmonaire avancée ; elle mourut 5 mois après.

Le second fait concerne un jeune homme de 25 ans qui avait également subi en vain l'évidement astragalo-calcanéen ; l'aggravation locale et générale qui résulta de cette opération fut telle qu'il fallut recourir à l'amputation de Mikulicz avec raclage des fistules et drainage de la plante du pied. Pansement de Lister. Réunion immédiate profonde. Guérison rapide. Au bout de six semaines l'opéré commençait à marcher avec un appareil plâtré ; il présente aujourd'hui une soudure osseuse parfaite et a pu reprendre sa profession de maçon ; il marche, même sans chaussure, très solidement sur son moignon de Mikulicz, et peut se tenir 4 heures sur pied. Le membre opéré a subi un allongement de 3 centimètres, corrigé par une forte semelle du côté opposé.

L'auteur insiste sur la nécessité d'opérer de bonne heure afin de n'avoir pas à réséquer une trop grande hauteur des os de la jambe, ce qui favorise la production d'un bourrelet cutané antérieur très gênant, et compromet la consolidation osseuse. Dans les deux cas il a dû faire la section sous-cutanée des tendons fléchisseurs pour obtenir l'extension forcée des orteils. L'amputation de Mikulicz est destinée dans beaucoup de cas à remplacer des opérations plus graves ; elle donne un moignon très préférable au moignon de Syme ou à l'appareil prothétique le plus élégant.

XVI. — Le plus grand progrès réalisé dans le manuel opératoire des résections est le large accès des articulations, qui permet de voir et d'enlever, en quelque sorte à ciel ouvert, tous les points malades. A ce point de vue les résections du cou-de-pied demandent encore des perfectionnements, parce que les procédés d'incision bilatérale, comme celui de Langenbeck, ne mettent pas à découvert toutes les anfractuosités

articulaires et tous les prolongements de la synoviale, et que les procédés d'incision antérieure (Heyfelder, Sédillot, Hueter) occasionnent des délabrements trop considérables. Or, dit Vogt, l'observation démontre que, dans les formes de tuberculose articulaire où la synoviale est prise la première, ce sont ces prolongements synoviaux, ces anfractuosités des ligaments du tarse, qu'il importe surtout de mettre au jour et d'extirper; dans les formes où les os sont les premiers malades, il il n'est pas rare de trouver des foyers de ramollissement avancés dans l'astragale, alors que les os de la jambe sont encore intacts.

De là la nécessité, dans les arthrites fongueuses du cou-de-pied, de faire précéder la résection tibio-tarsienne d'une extirpation méthodique de l'astragale, ou même de substituer simplement cette dernière opération à la première quand les os de la jambe seront intacts.

Pour arriver à ce but, Busch (*Centralbl. f. Chir.*, 1882, n° 41) a fait la division temporaire du calcanéum à l'aide d'une section plantaire transversale. Vogt ne touche pas au calcanéum et se contente d'une grande incision longitudinale antérieure combinée à une courte incision transversale, perpendiculaire à la première.

Voici son procédé : incision verticale antérieure, de 10 centimètres environ, depuis l'articulation tibio-péronière jusqu'à l'articulation de Chopart; dégagement des tendons qui sont soulevés ou réclinés; incision de la capsule; section transversale, aussi loin que possible, des ligaments antérieurs du cou-de-pied et du ligament astragalo-scaphoïdien. Puis, à partir du milieu de l'incision verticale, seconde incision transversale jusqu'au sommet de la malléole externe n'intéressant pas les tendons des péroniers; division au bistouri des ligaments péronéo-astragaliens; division au bistouri ou au ciseau, pendant la supination forcée du pied, du ligament interosseux calcanéo-astragalien; enfin, le col de l'astragale étant saisi avec un davier, division au ciseau du ligament latéral interne et énucléation de l'astragale. Si les liens astragalo-calcanéens postérieurs faisaient encore de la résistance, on les couperait au ciseau.

Cette opération met à découvert toutes les anfractuosités articulaires et permet d'extirper la totalité de la synoviale malade; si quelque portion des malléoles ou du calcanéum est encore atteinte, il est facile de l'enlever alors à la gouge. Après le drainage et la réunion, la face supérieure du calcanéum s'emboîte si exactement dans la mortaise tibio-péronière qu'il n'y a pas de difformité appréciable.

Ce procédé d'extirpation de l'astragale est encore applicable à certaines tarsotomies dans le pied bot invétéré. DE SANTI.

XVII. — M. Robert avait présenté à la Société de chirurgie un homme de 25 ans, auquel il avait enlevé l'astragale droit pour une ostéite tuberculeuse non suppurée de cet os. L'opération, pratiquée en septembre 1882, avait donné un résultat satisfaisant, et le présentateur concluait en ces termes :

« Ce fait démontre l'utilité des résections partielles du tarse dans les cas de tuberculose localisée. L'observation peut être rapprochée des nombreux faits réunis par Schinzinger et par Dumont, de Berne, qui pensent qu'avec un diagnostic précis, et à l'aide d'un traitement bien dirigé, il est possible de conserver nombre de pieds qui, faute de soins, sont destinés à l'amputation. »

Tout en félicitant M. Robert de son heureux succès, M. Chauvel ne partage pas ses espérances : le diagnostic permettant d'exclure toute lésion des autres os du tarse manque de points de repère précis, et en analysant les 14 cas d'extirpation complète de l'astragale pour semblable lésion, qu'a réunis M. Robert, le rapporteur montre qu'il faut rabattre de l'enthousiasme que l'auteur paraît avoir pour leurs résultats. De ces 15 faits, dus à Dretz, Busch, Statham, Heyfelder, Erichsen, Billroth, Holmes, Ollier, Kocher et Robert, 4 manquent de détails suffisants ; 3 n'ont pas trait à des extirpations isolées de l'astragale ; des 8 faits qui restent, l'un se termina par la pyohémie (Billroth) ; dans un autre, l'amputation dut être pratiquée (Heyfelder), et Ollier ne semble pas satisfait, dans un 3e, des résultats de son intervention. Il ne reste donc que 5 cas dans lesquels l'opération ait sinon donné un succès complet, au moins laissé un membre réellement utile.

MM. Tillaux et Berger s'associent à ces réserves; ils pensent que l'astragale est bien rarement seul le siège de la tuberculose locale, et qu'en l'absence de caractères précis permettant de reconnaître l'exacte limitation de l'affection osseuse, il vaut mieux amputer que d'exposer le malade aux chances d'une opération inutile et d'une récidive ultérieure.

XVIII. — M. Ollier entre dans quelques détails sur le procédé opératoire auquel il s'adresse pour extirper l'astragale, et il montre de nouveaux modèles de daviers dont il se sert à cet effet.

« Depuis que j'ai pratiqué la résection de l'astragale par cette méthode, ajoute-t-il, je n'ai eu qu'à me louer de cette opération ; j'ai fait 22 ablations depuis quelques années : 16 ont été faites pour des ostéoarthrites du pied ; sur ces 16 malades, 1 est mort de pourriture d'hôpital, les autres sont guéris ou en voie de guérison. »

L'ablation de l'astragale est, pour Ollier, le premier temps de toute résection tibio-tarsienne pour la tumeur blanche. Celle-ci peut rester limitée à cet acte initial, si on ne trouve d'autre os malade : l'auteur a eu quelquefois à enlever simultanément l'astragale et le calcanéum, mais il n'est pas très satisfait des résultats obtenus : sur 5 opérations, une seule a donné un bon résultat.

M. Ehrmann (de Mulhouse), présent à la séance, dit qu'il a eu l'occasion d'amputer la jambe à un des malades sur lesquels M. Ollier avait pratiqué l'extirpation de l'astragale.

XIX. — L'auteur ne discute pas les indications de cette opération ; il l'a pratiquée dans 6 cas, dont 5 fois pour tumeur blanche, 1 fois pour un coup de feu : dans ce dernier cas, il a pu conserver l'astragale ; cet os a été enlevé dans tous les autres, sauf dans l'un, où sa surface articulaire seule fut enlevée ; chez un malade il fallut faire en outre l'évidement du calcanéum. Les sujets étaient âgés de 1 an 1/2 à 9 ans : tous ont bien guéri, sauf le dernier, qui présente une récidive des fongosités. Chez quelques-uns d'entre eux pourtant, l'auteur n'a pu éviter la propulsion du pied en avant, et quelque soin qu'il ait pris à faire sa résection par la méthode sous-périostée, les malléoles ne se sont pas toujours reproduites, et il est resté souvent de la mobilité latérale. L'opération fut toujours pratiquée avec les précautions antiseptiques, et le membre fixé par une attelle plâtrée antérieure, renforcée de lames de tôle.

L. A. Stimson a pratiqué récemment cette opération, mais il a con-

servé les malléoles, ce qui lui a permis d'éviter la mobilité latérale que présentent plusieurs des opérés de Lange. Par contre, son malade a été atteint de cette déviation du pied en avant qui est si fréquente à la suite des résections tibio-tarsiennes. P. B.

XX. — Au 11e congrès de la Société allemande de chirurgie, Wolff a présenté deux de ses anciens opérés, sur lesquels on pouvait constater les résultats de résections pratiquées dix ans auparavant dans leur première enfance.

A la fillette, âgée de 12 ans maintenant, il avait alors réséqué le coude gauche. La mobilité du membre est parfaite. L'humérus gauche a la même longueur que le droit, c'est dire qu'il s'est accru de 2 cent., 02 en plus que son congénère, car le fragment réséqué avait cette longueur. De son côté le cubitus gauche est de 2 centimètres plus court que le droit; mais comme on avait enlevé 2 cent., 09, il a, au fond, dépassé de 1 centimètre l'accroissement longitudinal du cubitus sain. Donc les cartilages épiphysaires ne servent à rien sous ce rapport.

Au garçon, qui a aussi 12 ans actuellement, Wolff avait pratiqué la résection de la hanche droite à 2 cent., 5 au-dessous du trochanter. Cet enfant, sans prendre d'élan, peut sauter à pieds joints sur une chaise, circonstance qui témoigne de l'intégrité des fonctions du membre.

Chez lui, l'accroissement en longueur du fémur droit est resté de 2 cent., 5 inférieur à celui du fémur gauche ; mais Wolff ne met pas cet arrêt de développement sur le compte du cartilage manquant, car le tibia et le pied sont également raccourcis, et de plus dans les coxalgies qui guérissent spontanément,on voit souvent survenir du raccourcissement. D'après Wolff, dans toutes ces circonstances le raccourcissement est l'expression d'un trouble trophique.

XXI. — Lauenstein présente une femme de 54 ans opérée pour une vaste carie du pied droit ayant son point de départ à l'apophyse antérieure du calcanéum. Au moyen d'incisions externe et dorsale, il enlevé cette apophyse, le sinus du tarse, la portion inférieure, le col et la tête de l'astragale, le scaphoïde, les 3 cunéiformes, le cuboïde et la base des 4e et 5e métatarsiens; en outre, il a pratiqué l'évidement de la portion restante du calcanéum. Vers le dos du pied, il est resté un peu de l'écorce du scaphoïde et des cunéiformes. Les os se sont reproduits.

Au bout de 5 mois, l'opérée se levait; au bout de 10, la dernière fistule était tarie ; actuellement elle peut marcher une demi-heure. Le pied est raccourci de 1 centimètre et rétréci au niveau de la portion antérieure du tarse.

XXII. — Le procédé de Reverdin est spécialement applicable en cas d'ankylose avec équinisme. Il ressemble au procédé de Textor, et a sur celui de Moreau le double avantage d'être plus facile et de mieux laisser voir tout l'intérieur de la jointure. Voici comment l'auteur l'a exécuté chez une femme : portant le bistouri sur le tendon d'Achille, immédiatement au-dessus du calcanéum, il le conduisit directement en avant sous la malléole externe, puis obliquement en avant et en dedans sur le dos du pied, jusqu'au niveau de l'extenseur du cinquième orteil mais sans l'atteindre. L'incision fut poussée jusqu'aux os, le tendon d'Achille et ceux des péroniers furent coupés.

Il fut alors facile de luxer le pied en rompant l'ankylose, qui était incomplète. La face supérieure de l'astragale paraissant seule malade fut abrasée avec la gouge et le ciseau. Ensuite il fut facile de dénuder les deux malléoles et de les scier avec une scie de Larrey. La plaie fut réunie, sauf en arrière, où la peau étant aussi rétractée que le tendon

d'Achille, un drain fut placé. Les suites de l'opération furent des plus simples.

XXIII. — Dans un cas d'arthrite fongueuse, Busch et Von Hoesslin ont imaginé en commun un nouveau procédé de résection du cou-de-pied.

Il consiste essentiellement à ajouter aux 2 incisions latérales classiques une incision plantaire analogue à celle de Pirogoff, et qui permet de scier le calcanéum de bas en haut. En écartant les deux fragments sciés, on a vue sur toute l'étendue de la capsule articulaire. L'opération terminée, on réunit les surfaces sciées par des fils d'argent.

Von Hoesslin a opéré ainsi une jeune fille de 18 ans. L'incision plantaire a demandé deux mois pour se cicatriser, parce que le long des sutures il y a eu gangrène d'une bande de peau de 1 centimètre de large. Six mois après l'opération, le raccourcissement était de 1 cent., 5 La femme marche tout le jour, bien qu'enceinte de 7 mois. Contrairement à toute attente, les deux fragments calcanéens, au lieu de se réunir ont donné lieu à une pseudarthrose, tandis que le fragment postérieur est soudé avec le tibia et le péroné. La formation toute accidentelle de cette fausse articulation est un avantage pour l'opérée, chez qui elle compense dans une certaine mesure l'ankylose de l'articulation tibio-astragalienne. J. B.

I. — Du redressement des membres par l'ostéotomie, par V. CAMPENON (*Thèse d'agrég., Paris*, 1883).

II. — Doppelte Osteotomie subtrochanterica wegen Ankylose beider Hüftgelenke, par LEDDERHOSE (*Deut. Zeit. f. Chir., XIX, p.* 463).

III. — Report of eight cases of coxalgia in which eleven operations of subcutaneous osteotomy were made, par R. WHARTON (*American journ. of the med. sc., juillet* 1883).

IV. — Report of a postmorten examination in a case of recurrent hip disease in which subcutaneous osteotomy had been perfored, par H.-R. WHARTON (*Med. News*, 20 *octobre* 1883).

V. — Ueber Dauerverbände bei Osteotomien, par von BERGMANN (*Berl. klin. Woch.*, 2 *octobre* 1882).

VI. — Demonstration der frontal durchsägten... (Pièces provenant d'une ostéotomie pour déformation des genoux), par KRŒNLEIN (*Corr. Bl. f. sch. Aerzte*, 1er *novembre* 1883).

VII. — Ueber eine gewöhnliche Ursache von Genu valgum (Cause de genu valgum chez les enfants), par LÜCKE (*Cent. f. Chir.*, n° 10, 1884).

VIII. — Traitement du genu valgum à tous les âges, par V. ROBIN (*Thèse de Lyon*, 1882).

IX. — Cal vicieux du fémur, ostéoclasie suscondylienne, par Daniel MOLLIÈRE (*Lyon médical*, 1884).

X. — Genu valgum, ostéoclasie, par GILLETTE (*Bull. Soc. de chir., p.* 920, 1883).

XI. — De la torsion combinée avec les mouvements forcés de l'articulation dans

la réduction manuelle du genu valgum chez les enfants, par **LARGER** (*Ibid p.* 939, 1883).

XII. — A propos du genu valgum et de l'ostéoclasie, par de SAINT-GERMAIN (*Ibid.*, 2 *janvier* 1884).

XIII. — Il raddrizzamento brusco e la osteotomia, rispetto agli altri mezzi di cura dei ginocchio valgo, con statistica, par Romano CLEMENTE (*Annal. univ. di med.*, *mai* 1884).

XIV. — Osteoclasia manuale per ginocchio valgo, par MAZZUCCHELLI (*Ibid.*, *mai* 1884).

XV. — Prospetto clinico statistico dei casi di ginocchio valgo operati in Roma, par CECCARELLI (*Archivio di Ortoped.*, *janvier* 1884, *et Ann. di med.*, *mai* 1884).

XVI. — Quelques observations pour servir à l'histoire de l'ostéotomie appliquée au redressement des membres, par G. DUBOURG, rapport par POLAILLON (*Bull. Soc. de chir.*, *p.* 923, 1883).

XVII. — Traitement du genu valgum de l'enfance par l'ostéotomie linéaire, par BEAUREGARD (*Arch. gén. de méd.*, *février* 1884).

XVIII. — Des accidents de l'ostéotomie, rapport de CHAUVEL sur un mémoire inédit de BEAUREGARD (*Bull. Soc. de chir.*, *p.* 65, 1884).

XIX. — Genu valgum, ostéotomie et ostéoclasie, par J. BŒCKEL (*Ibid.*, *p.* 459, 1884).

XX. — Osteotomy for genu valgum, par C.-T. POORE (*Med. News*, *p.* 309, 15 *mars* 1884).

XXI. — Subcutaneous division of the crural ligaments for relief of knee ankylosis, par Mac-Lane TIFFANY (*Med. News*, 2 *février* 1884).

XXII. — Die subcutanen Osteotomien des Kinderspitals Zurich während die Jahre 1876-1881, par Hugo BORCHERS (*Thèse de Zurich*, 1883).

XXIII. — Due casi di incurvamento della gambe da rachitismo curati colla osteoclastia strumentale, par MEDINI (*Bull. della Soc. med. di Bologna*, *série VI*, *vol. VI*).

XXIV. — Di due rare deformita della gamba coretta col l'osteotomia, par PANZERI (*Arch. di Ortopedia*, *janv.* 1884).

I. — Dans la première partie de sa thèse, l'auteur développe les principes généraux de l'ostéotomie. Il réclame pour Malgaigne, dans un court historique, la priorité de l'idée de l'ostéotomie sous-cutanée, puis passe successivement en revue les instruments, les manœuvres préliminaires, l'opération dans ses divers temps, les soins consécutifs, les accidents et les complications de l'ostéotomie. Il pense que le ciseau de charpentier doit être réservé aux ostéotomies cunéiformes, mais que pour l'ostéotomie linéaire des diaphyses et des os éburnés, la scie convient aussi bien que l'ostéotomie ; la bande d'Esmarch lui paraît plus nuisible qu'utile dans les ostéotomies linéaires ; mais le pansement antiseptique lui paraît indispensable ; les tractions continues, l'appareil plâtré sont les meilleurs agents de contention des membres ostéotomisés. Peut-être l'auteur exclusivement préoccupé de l'influence des pansements antiseptiques, n'a-t-il pas suffisamment insisté dans ce chapitre sur l'importance qu'a eue, pour la

vulgarisation de l'ostéotomie, le perfectionnement du manuel opératoire, introduit par Billroth en 1870, c'est-à-dire l'adoption du ciseau.

Dans la seconde partie, l'auteur étudie l'application des principes qu'il vient de formuler aux déformations nombreuses qui nécessitent l'ostéotomie. Les cals anguleux, les courbures rachitiques, les courbures d'origine inflammatoire, les ankyloses des membres ; le genu valgum et le genu varum sont l'objet d'autant de chapitres, desquels nous extrayons les résultats suivants (1) :

a) Cals vicieux:

89 ostéotomies des membres pour cals vicieux donnent en bloc une mortalité de 12,36 0/0, qui se répartit ainsi :

Fémur.....	18 cas	5 morts		mortalité	27 0/0
Jambe.....	65 —	6 —	1 inconnu	—	9 37
Humérus...	3 —	0 —			
Avant-bras.	3 —	0 —			
Total....	89 cas	11 morts	1 inconnu	—	12 36

Mais si, sur ces 89 observations, on ne prend que les ostéotomies antiseptiques, on trouve le chiffre merveilleux de 34 succès sur 34 opérations, ce qui peut-être aurait besoin d'être discuté. — Quant aux résultats fonctionnels , ils sont bons 42 fois sur les 77 guérisons de la statistique totale (54,5 0/0) et 21 fois sur les 34 opérations antiseptiques (61,7 0/0).

b) Courbures rachitiques.

L'auteur, en ajoutant 33 faits aux 182 que J. Bœckel avait réunis dans son mémoire de 1880, arrive à un total de 215 ostéotomies pour courbures rachitiques avec 2 cas de mort seulement (moins de 1 0/0) ; toutefois on n'y retrouve pas le cas de mort de Mikulicz (*Langenb. Arch.*, 1878, t. 23, p. 751). Sauf dans un cas, toutes ces opérations ont été pratiquées sur le membre inférieur ; elles ont porté tantôt sur un os (fémur ou tibia), tantôt sur plusieurs os ou sur les deux membres. On a observé 81 fois des complications (37,6 0/0). Les résultats ont été parfaits dans 142 cas, imparfaits dans 15 et non déterminés dans 58. — La réunion immédiate a été obtenue 27 fois.

c) Courbures de cause inflammatoire.

5 ostéotomies, 2 à l'avant-bras, 3 à la jambe ; 5 guérisons (2 ostéotomies cunéiformes au niveau du cartilage épiphysaire (Ollier) sont décrites sous le nom de *chondrotomies juxta-épiphysaires.*)

d) Ankyloses.

1° Épaule.

1 cas : 1 guérison avec restitution des mouvements.

2° Coude.

4 cas ; 4 guérisons, 1 avec restitution des mouvements, 2 avec ankylose rectangulaire, 1 sans aucun résultat.

3° Hanche.

Ostéotomie sus-trochantérienne.....	17 cas	2 morts	(11,7 0/0)
Ostéotomie trochantérienne.....	6 cas	1 mort,	(16,6 0/0)
Ostéotomie sous-trochantérienne.....	23 cas	2 morts	(8,7 0/0)
Total.....	46 cas	5 morts	(10,0/0)

(1) L'auteur a compté comme simples les opérations souvent multiples pratiquées sur le même individu, alors même qu'elles portaient sur des membres différents, ce qui rend sa stastistique difficilement comparable à celles des autres auteurs.

La bénignité relative du procédé linéaire est indiquée par la statistique suivante :

Ostéotomie linéaire	22 cas	1 mort	(4,5 0/0)
Ostéotomie cunéiforme	19 cas	3 morts	(15,8 0/0)
Procédé indéterminé	5 cas	1 mort	

Quant au résultat fonctionnel, tous les survivants ont largement bénéficié de l'opération et ont retrouvé un membre utile. — Sur les 23 cas d'ostéotomie trochantérienne et sustrochantérienne, il y a eu 3 fois une pseudarthrose et 3 fois de légers mouvements.

4° Genou.

35 ostéotomies ..... 2 morts (5,7 0/0)

Procédés opératoires :

Ostéotomie linéaire	5 cas	0 mort	
Ostéotomie cunéiforme	29 cas	2 morts	(6,8 0/0)
Ostéotomie par perforation	1 cas	0 mort	

Résultat fonctionnel, 3 fois excellent, 9 fois imparfait, 21 fois indéterminé.

5° Cou-de-pied.

2 ostéotomies, 2 guérisons.

e) *Genu valgum.*

Pour le genu valgum, l'auteur relève 196 observations comprenant malheureusement un très grand nombre de déviations rachitiques qui devraient figurer plus haut. — Quoi qu'il en soit, ces 196 opérations donnent 4 morts (2 0/0), 1 amputation et 191 guérisons. Mais l'opération d'Ogston, qui figure dans ce tableau, devrait en être retranchée car elle constitue une véritable arthrotomie et non une ostéotomie. En retranchant 59 cas de cet ordre (avec 3 morts), il reste 137 ostéotomies extra-articulaires qui donnent :

Ostéotomies cunéiformes	22 cas	1 mort et 1 amputation
Ostéotomies linéaires	115 cas	0 mort

Dans ces dernières, toutefois, ne nous paraissent pas comprises les opérations de Billroth sur le tibia.

Le résultat fonctionnel est, pour l'ensemble des 191 guérisons (arthrotomies, ostéotomies cunéiformes et linéaires), 127 fois bon, 13 fois imparfait, 9 fois avec ankylose et 42 fois indéterminé.

d) *Genu varum.*

18 cas renfermant une ostéo-arthrotomie par le procédé de Reeves, 18 guérisons.

Résultat fonctionnel : 11 fois excellent, 1 fois avec ankylose, 6 fois indéterminé.

La troisième partie de la thèse est consacrée au parallèle du redressement des membres par l'ostéotomie et par l'ostéoclasie.

Pour les cals vicieux, l'auteur donne la préférence à l'ostéotomie quand il s'agit de cals anciens, anguleux et de sujets d'un certain âge ; pour les déviations rachitiques il conseille de toujours tenter l'ostéoclasie avant d'en venir à l'ostéotomie ; pour l'ankylose de la hanche il réserve l'ostéotomie à un petit nombre de cas et ne se prononce pas pour l'ankylose du

genou ; enfin pour le genu valgum, il préconise l'ostéoclasie chez les sujets jeunes, l'ostéotomie chez les sujets qui ont dépassé la 15e année. DE SANTI.

II. — Dans un mémoire publié par Rosmanit dans les *Archives de Langenbeck*, t. XXVIII, p. 1, sur le traitement opératoire des formes rebelles de contracture et d'ankylose de la hanche, nous trouvons relatés 8 cas d'ostéotomie sous-trochantérienne double. L'ankylose était la suite soit d'arthrites rhumatismales, de coxalgies, etc.

Dans le cas que publie Ledderhose, c'est à la suite d'ostéomyélites multiples chez un jeune homme de 20 ans que s'est produite l'ankylose des deux hanches avec adduction et rotation en dedans des deux membres de telle sorte qu'ils se croisent réciproquement. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que les trochanters sont remontés vers l'épine iliaque antérieure comme s'ils s'étaient détachés de la diaphyse et se sont soudés au fémur dans une situation plus élevée que leur position habituelle. Israël a publié un cas de décollement épiphysaire du col du fémur gauche passé complètement inaperçu, chez un malade atteint d'une arthrite suppurée du genou. La soudure de la tête se refit avec un rétablissement complet des mouvements de la hanche ; on trouve un cas analogue dans la clinique de Langenbeck.

Quand le jeune homme se présenta à la clinique de Lücke, il avait une ankylose du genou droit et des 2 hanches dans la situation que nous avons déjà indiquée ; de plus le fessier était manifestement en flexion sur les cuisses, ce dont témoignait une lordose de compensation très remarquable de la colonne lombaire.

Le coude gauche ne peut être complètement fléchi, le cou-de-pied gauche est ankylosé et le pied est en équinisme. La station est possible : la marche ne l'est qu'à l'aide des béquilles, il peut cependant marcher avec et même sans canne, en faisant subir au tronc des mouvements de rotation successifs et en sens inverse.

Lücke lui proposa l'ostéotomie sous-trochantérienne et la pratiqua sur la cuisse gauche d'abord ; il enleva un coin à base externe au-dessous du grand trochanter à l'aide de la scie à chaîne. L'évolution de la plaie fut traversée par l'explosion d'érysipèles qui fit craindre pour les jours de l'opéré ; néanmoins tout se calma ; 5 semaines après l'opération, on enleva l'extension continue qui avait été appliquée au redressement de la cuisse ; et on entoura le membre d'une attelle de feutre et à la 8e semaine d'un bandage plâtré. 3 mois après l'intervention, le malade se leva ; on remplaça l'appareil plâtré par un appareil silicaté qu'il porta chez lui pendant 3 mois encore.

Le résultat définitif du côté droit fut le suivant : une consolidation de l'ostéotomie avec redressement du membre ; on avait dès l'abord renoncé à l'espoir d'obtenir une néarthrose entre les 2 fragments du fémur. Les membres ne se croisent plus.

La deuxième ostéotomie, celle du membre gauche, fut pratiquée 11 mois après la première ostéotomie cunéiforme sous-trochantérienne. Tout marcha cette fois très bien ; et le 17 juillet, c'est-à-dire 9 semaines après l'intervention, le malade abandonna tout appareil et s'en retourna chez lui, avec un peu de mobilité des os de ce côté.

L'opéré a été revu depuis ; les 2 membres inférieurs sont presque parallèles, quoiqu'il persiste encore un peu d'adduction et de rotation en dedans, et de raccourcissement du côté droit. Il peut travailler, se tenir debout longtemps, sans le secours d'aucun appui ; il peut s'asseoir en allongeant le tronc, et ce qui plus est marcher avec une canne des heures entières tout comme ses camarades. E. SCHWARTZ.

III. — Dans huit cas de coxalgies infantiles, suivies de graves difformi-

tés, l'auteur a pratiqué onze ostéotomies sous-cutanées du fémur avec de très bons résultats, au point de vue soit de l'innocuité opératoire, soit de la disparition de la difformité et du retour des fonctions du membre.

L'opération a toujours été suivie d'une réaction générale insignifiante, sans hémorragies notables, ni processus fébrile ou suppuratif ; la plaie était presque toujours cicatrisée au bout d'une semaine.

La simplicité des suites opératoires ne peut s'expliquer que par le caractère sous-cutané de ces ostéotomies, car, bien que l'on produise en fait une fracture compliquée du fémur, le trou de la ponction faite jusque sur l'os est très petit et comblé immédiatement par la lame de la scie, le sang et la poussière osseuse. L'air ne peut ainsi pénétrer jusque dans les régions profondes. A. CHAUFFARD.

IV. — L'ostéotomie sous-trochantérienne avait été pratiquée sur un jeune garçon de 9 ans pour remédier à une flexion permanente de la hanche consécutive à une coxalgie qui avait été améliorée par le traitement général et que l'on croyait guérie. Peu de mois après l'opération des abcès se formèrent, les signes de l'affection réapparurent, et le malade succomba. L'autopsie qui fit constater les lésions les plus étendues de l'extrémité supérieure du fémur et de la cavité cotyloïde, montra que la section osseuse n'avait déterminé aucune déformation notable du fémur.

Ce cas, où contrairement à l'avis de l'auteur, on peut attribuer à l'intervention hâtive le retour des accidents et l'issue fatale, prouve qu'il faut se garder des ostéotomies prématurées dans le traitement des flexions permanentes de la hanche consécutives à la coxalgie. En pareil cas, la résection de la hanche nous semblerait bien mieux indiquée, d'autant plus qu'il y avait luxation spontanée du fémur, et qu'il ne paraissait pas y avoir d'ankylose osseuse. P. B.

V. — Dans une trentaine d'ostéotomies, von Bergmann a obtenu d'excellents résultats en recourant simultanément pour le traitement consécutif à l'emploi de la compression et des appareils inamovibles.

Apres avoir suturé la plaie opératoire sans y introduire de drain, il la recouvre de ouate ou de gaze antiseptique, exerce une compression au moyen d'une bande de caoutchouc, et, par-dessus, applique immédiatement un bandage plâtré. Il est important que la compression soit suffisante pour empêcher la formation ou favoriser la résorption des extravasats.

VI. — Pour un genu varum gauche et un genu valgum droit, Krœnlein avait pratiqué avec succès l'ostéotomie des deux tibias. Mais quelques mois plus tard, le malade succombait à une tuberculose miliaire aiguë.

Les coupes faites sur les os malades confirment l'idée de Mikulicz qu'il ne faut pas chercher la cause des déformations dans une altération des épiphyses elles-mêmes, mais bien dans une lésion du cartilage épiphysaire à la limite de la diaphyse. J. B.

VII. — L'auteur a remarqué que la fréquence du genu valgum chez les enfants augmente beaucoup depuis quelques années et il l'attribue à l'usage de ces jarretières qui, s'attachant au côté externe du bas et passant sur le côté externe de la cuisse, viennent se fixer au corset ou au gilet. Ces appareils exercent sur la jambe une traction constante qui tend à la porter en dehors et qui, pour peu que l'enfant soit affaibli, finit par provoquer un genu valgum.

Le remède est simple, il faut supprimer les jarretières élastiques à traction latérale et les remplacer par la jarretière circulaire ; celle-ci

ne provoque pas de stase veineuse si elle est placée au-dessus du genou. DE SANTI.

VIII. — Si l'on tenait compte des exagérations et des erreurs que renferme ce mémoire, on s'exposerait à ne point apprécier à leur valeur les résultats que M. Robin et M. Daniel Mollière ont obtenus, grâce à l'emploi de leur appareil. Pour ne citer qu'un exemple des premières, M. Robin attribue à Ollier la découverte de l'accroissement des os en longueur par le cartilage épiphysaire (p. 12) !

Toujours est-il que M. Robin a construit un ostéoclaste très perfectionné, grâce auquel il a obtenu de nombreux redressements avec une bonne forme, un retour généralement complet des fonctions, sans complication sérieuse. Un certain nombre de ses opérés ont été présentés par M. Mollière et par lui à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie en 1884. — M. Robin pense obtenir toujours une fracture sous-périostée siégeant en un point déterminé à volonté, consolidant sans cal et sans difformité apparente. Il faut le féliciter des beaux résultats qu'il a obtenus tout en reconnaissant que la fracture du fémur paraît siéger parfois (au moins dans les cas que j'ai pu observer) assez notablement au-dessus de la ligne juxta-épiphysaire ; que le fragment supérieur, après la consolidation, fait souvent une assez forte saillie angulaire ; que quelquefois le genou est le siège d'un épanchement passager ; que le retour complet des fonctions (cas opéré par M. Robin chez M. Trélat) paraît exiger un temps assez long. Les succès, remarquables malgré ces réserves, qu'ont obtenus MM. Robin et Mollière, rouvrent en quelque sorte la question de l'ostéoclasie comparée à l'ostéotomie, mais on ne saurait, sans un mûr examen des opérés et des méthodes opératoires, se décider pour une de ces méthodes à l'exclusion de l'autre.

L'appareil de M. Robin se compose d'une partie qui immobilise rigoureusement la cuisse immédiatement au-dessus du point où l'on veut produire la fracture, et d'un levier agissant sur les condyles fémoraux au moyen d'une sangle qui les embrasse exactement au-dessous du même point. Ce levier est articulé sur l'appareil fixateur vers la face dorsale du membre, en le soulevant avec une force suffisante (120 kil. environ) on rompt le fémur transversalement, ou d'arrière en avant.

Au lieu de redresser immédiatement le membre, l'auteur le replace dans un appareil plâtré préparé d'avance, et il attend plusieurs jours avant de le remettre dans la rectitude et de l'entourer d'un appareil inamovible définitif. Cette pratique est certainement préférable au redressement d'emblée.

Somme toute, il s'agit là de perfectionnements importants et bien faits pour remettre en honneur l'ostéoclasie, bien que M. Robin, par amour-propre d'auteur, ait peut-être exagéré involontairement leur portée, et qu'il ait beaucoup trop méconnu les services rendus par d'autres méthodes et d'autres appareils. P. B.

IX. — Il s'agit d'un Russe de 31 ans, qui s'était fait, il y a 8 ans, une fracture, probablement comminutive de l'extrémité inférieure du fémur droit. Cette fracture s'était consolidée à angle, et la malléole interne droite présentait près de 40 centimètres d'écartement de la ligne médiane; le cal était éburné et volumineux. Avec l'appareil de M. Robin, M. Daniel Mollière parvint à rompre et à redresser le fémur, non sans avoir, dans une première tentative brisé

l'appareil et l'avoir faussé dans la seconde. Le malade guérit très bien au 50e jour; conduit en 1884 à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie il ne présentait presque plus de difformité ; le cal avait diminué de volume.

Ce très beau succès à l'actif de l'ostéoclasie ne prouve pas l'impuissance de l'ostéotomie qui avait été proposée au malade à Berlin et à Göttingen, mais qu'il avait refusée. M. Mollière fait à ce propos une remarque importante : plus la déviation est accentuée, et plus, suivant cet auteur, la rupture doit être pratiquée près de la base des condyles fémoraux pour éviter un déplacement angulaire au moment du redressement.

X.—Cette opération, pratiquée sur un sujet de 18 ans qui présentait un écartement des malléoles de 18 centimètres remontant à 6 mois, au dire du malade, a porté sur le genou gauche ; la guérison était complète et le résultat physique et fonctionnel complets au bout de 4 mois. Cette observation prouve :

1° Que l'ostéoclasie s'obtient facilement avec l'appareil Collin, et que la rupture se fait au point précis où on veut la produire ;

2° Qu'elle peut se faire sans accidents immédiats ou consécutifs du côté de l'article (épanchement ou relâchement des ligaments) ;

3° Que le résultat obtenu peut être aussi parfait qu'avec n'importe quelle méthode.

Immédiatement après l'opération était apparue une plaque grisâtre de la grandeur de 1 franc au niveau du condyle interne, au point où s'exerçait la pression de l'appareil. Il n'y avait là qu'un peu d'ischémie dermique et il ne se développa pas d'escarre.

XI. — « Fixant par la main d'un aide la cuisse du malade sur la table, le genou sur le rebord de cette table et la jambe dans le vide, j'appliquai la main gauche solidement sur le genou au niveau des condyles du fémur, tandis que de la main droite, je saisis la jambe par son milieu et lui imprimai un violent mouvement de torsion en dedans ; en même temps j'opérais une flexion exagérée du membre sur la cuisse » ; telle est la manœuvre un peu difficile à comprendre, grâce à laquelle Larger put voir la déviation se réduire avec un craquement ; il pense avoir produit de la sorte une de ces entorses juxta-épiphysaires sur lesquelles Ollier a attiré l'attention.

Tillaux rappelle à ce propos qu'il fut le premier à mettre en usage l'ostéoclasie manuelle préconisée par Delore en 1875. Il a fait une trentaine d'ostéoclasies pour genu valgum, et il n'a observé qu'une fois un résultat imparfait dû à une impotence persistante du genou. Il adopte l'ostéoclasie instrumentale pour les cas où la force nécessaire au redressement ne peut être obtenue avec la main.

Delens a traité, depuis 1875, dix jeunes garçons de 15 à 18 ans, pour déviations des genoux se traduisant par un écart de 15 à 35 centimètres.

Il a employé deux fois les manipulations forcées, mais avec un résultat imparfait, la déviation tendant à se reproduire ; un des malades eut un épanchement articulaire ; la marche était gênée.

Les mêmes inconvénients ont suivi l'application qu'il a faites, quatre fois, de l'ostéoclasie avec l'appareil Collin : il y a eu épanchement du genou et même arthrite aiguë dans un cas.

Dans quatre cas l'ostéotomie linéaire sus-condylienne lui a au contraire donné une guérison parfaite et rapide. Il faut observer que les ostéoclasies instrumentales pratiquées par Delens, avaient été faites avec

l'ancien appareil Collin, beaucoup moins parfait que celui dont on se sert habituellement.

XII. — C'est principalement le traitement des courbures rachitiques dont l'auteur se préoccupe dans cette communication. Leur grande fréquence est démontrée par les registres du bureau central où elles figurent pour 227 sur 1,053, c'est-à-dire pour 70 0/0 des déviations traitées. — Pour de Saint-Germain, le rachitisme est une maladie de misère et le premier traitement à employer pour les courbures qui en dépendent est le régime et l'hygiène alimentaire; il n'emploie pas moins le redressement manuel brusque des courbures, qu'il maintient avec l'application d'appareils appropriés au moment du sevrage; il redresse de la sorte sans fracture toutes les déviations. L'éburnation arrivée, il rompt manuellement toujours, le fémur pour le genu valgum, et, pour les déviations latérales graves, il emploie l'ostéotomie linéaire, réservant l'ostéotomie cunéiforme aux distorsions antéro-latérales très accusées, spécialement pour les tibias en *lame de sabre*. L'auteur a fait construire pour cela un ostéoclaste à bec de perroquet, très puissant, mais un peu encombrant pour un chirurgien qui rejette les appareils à rupture, ceux de Collin ou de Robin, à cause de l'encombrement qu'ils occasionnent. Il se déclare du reste l'adversaire absolu, chez les enfants, de la rupture instrumentale.

Després fait observer que, dans les déviations en lame de sabre, une seule entaille osseuse ne peut que donner un résultat insuffisant, en raison du grand rayon de la courbure.

XIII. — L'auteur rappelle que l'ostéotomie ne doit être que la dernière ressource dans le traitement du genu valgum des enfants et des adolescents. Il repousse néanmoins la ténotomie pratiquée pour obtenir le redressement et l'ostéoclasie, et il se déclare, au contraire, partisan du redressement manuel qu'il a eu l'occasion de pratiquer 23 fois. Romano Clemente adopte néanmoins l'ostéotomie pour les déviations chez l'adulte dont les os plus durs ne se prêteraient pas au redressement.

Il a fait construire un goniomètre pour mesurer le degré de la déviation du genu valgum.

XIV. — Il s'agit d'un genu valgum rachitique chez une jeune fille de 7 ans; *l'ostéotomie manuelle*, l'auteur désigne ainsi le redressement brusque manuel, fut obtenue sous le chloroforme, et la guérison fut parfaite au bout de peu de temps; l'opérée se remit à marcher pourvue d'un appareil orthopédique.

XV. — L'auteur a réuni en tableaux statistiques, les résultats de 17 opérations pratiquées à Rome, dans les hôpitaux, sur 12 sujets atteints de genu valgum; de ce nombre sont 14 ostéotomies et 3 redressements brusques. Des ostéotomies, 13 furent faites par la méthode de Macewen, une par la méthode cunéiforme. Les ostéotomies donnèrent 10 guérisons complètes; 4 résultats imparfaits. Le redressement manuel eut 2 succès et un insuccès partiel. — Les opérateurs furent Ceccarelli, Margary, Panzeri et Topay.

XVI. — Voici d'abord la nomenclature de ces observations:

1° Ostéotomie linéaire des fémurs pour genu valgum double, enfant de 4 ans; guérison après deux pansements;

2° Ostéotomie linéaire du fémur pour genu valgum, chez un enfant atteint de paralysie du membre supérieur gauche;

3° Incurvation rachitique du tibia, ostéotomie linéaire chez un enfant de 28 mois; guérison en deux mois;

4° Ostéotomie cunéiforme du fémur, pour ankylose angulaire du genou, chez un enfant ayant déjà subi la résection du genou deux ans auparavant; guérison.

Le rapporteur s'élève contre l'emploi de l'ostéotomie chez les 3 premiers sujets, où, en raison de l'âge des malades, on eût pu obtenir le redressement par les manœuvres manuelles ou l'ostéotomie instrumentale. — Il approuve au contraire l'opération dans le dernier cas.

Reclus, à ce propos, dit avoir pratiqué 9 ostéoclasies, 3 pour genu valgum, 6 pour des déviations rachitiques chez des enfants de 3 à 7 ans : il a obtenu 9 succès sans accidents, mais il ne donne aucun détail sur ces faits.

La plupart des membres de la société partagent la manière de voir de Polaillon et pensent que, chez les enfants, l'on doit toujours avoir recours à la méthode non sanglante. M. Lucas-Championnière néanmoins, plaide la cause de l'ostéotomie dont l'innocuité lui paraît démontrée grâce au pansement antiseptique.

XVII. — MM. Robin et Mollière ont fait le panégyrique de l'ostéoclasie, et un réquisitoire contre l'ostéotomie ; c'est l'apologie de cette dernière qu'entreprend M. Beauregard. Il la fonde sur 16 observations personnelles ou inédites dont voici les résultats :

16 opérations ont été pratiquées sur 11 enfants dont 6 étaient des filles, 5 des garçons. 15 fois on a employé l'ostéotomie, une seule fois l'ostéoclasie. Les enfants étaient âgés de 28 mois, 3 ans 1/2, 4 ans, 4 ans 1/2, 6 ans, 10 ans ; un seul avait 15 ans.

13 fois ces opérations ont eu pour but le redressement du genu valgum: 3 fois la disparition d'une courbure rachitique. — 4 accidents seulement ont été observés. Dans le premier cas il y eut un peu de suppuration et une légère élévation de température ; la guérison fut à peine retardée.

A la suite de l'ostéoclasie manuelle qu'il a pratiquée, Beauregard a vu survenir une parésie du pied qui persista plusieurs mois : à la suite de l'ostéotomie où le déplacement du condyle externe vint probablement contusionner le sciatique poplité externe, il y eut des douleurs névralgiques sur le trajet de ce nerf. Un accident un peu plus sérieux fut la suppuration suivie de l'élimination d'une petite esquille du fémur : celle-ci avait été produite parce que le ciseau mal dirigé avait entamé l'os en deux points voisins l'un de l'autre. Un des opérés contracta une fièvre typhoïde sept mois après sa guérison : il s'agit là bien évidemment d'un accident absolument étranger à l'opération.

Une seule fois le résultat thérapeutique ne fut pas satisfaisant ; ce fut à la suite d'une ostéoclasie pratiquée pour un genu valgum compliqué de courbure rachitique.

Nous passons sur les considérations auxquelles se livre l'auteur à la fin de son travail et sur lesquelles il s'appuie pour montrer la supériorité de l'opération sanglante sur l'ostéoclasie. Comme il le dit lui-même dans ses conclusions, il y a là une question que les faits seuls doivent trancher ; il est malheureusement difficile d'avoir des observations comparables, les partisans de chacune de ces méthodes nous en exposant toujours les magnifiques succès et laissant à ceux de l'opinion contraire le soin de nous citer les cas malheureux et les revers.

XVIII. — Réunissant les statistiques de Campenon, Macewen, Bœckel,

Margary, Schultzer, Schwartz, l'auteur arrive à un total de 1,872 ostéotomies qui donnent 217 accidents, ou 11,5 0/0. C'est dans les ostéotomies pour cals vicieux (12,3 0/0), pour le pied-bot (8,1), pour les ankyloses (6,2), que la mortalité est la plus forte. Pour le genu valgum, elle tombe au-dessous de 1 0/0. En dehors de ces statistiques dont les éléments sont parfois discutables, dit Chauvel, Beauregard a relevé 165 observations dont le dépouillement donne : 26 accidents légers et 15 graves, ou 29 0/0, et 7 morts, soit 4,24 0/0.

Réunissant ces faits aux précédents, nous trouvons sur 2,037 ostéotomies, 265 accidents, ou 12,8 0/0, dont : 174 accidents légers (7,5 0/0), 67 graves (3,1 0/0) et 44 morts (2,1 0/0), proportion qui n'est pas, on le voit, négligeable.

XIX. — L'auteur a pratiqué 32 ostéotomies sur 23 malades chez lesquels l'ostéoclasie tentée pendant l'anesthésie chloroformique avait échoué. Il a traité un nombre au moins triple de malades par le redressement et les appareils ou les appareils seuls, enfin par l'ostéoclasie. Pour ne parler que des faits d'ostéoclasie et d'ostéotomie, les premiers concernent tous des enfants de 18 mois à 8 ans ; voici les résultats obtenus : 18 incurvations rachitiques des tibias, 17 succès, 1 insuccès ; 12 genu valgum, 10 succès, 2 insuccès. Dans un de ces derniers cas, il y eut rupture du ligament latéral externe du genou, et au bout de 3 ans le malade ne peut encore se passer d'appareil ; dans un autre cas l'ostéoclasie fut la cause d'une périostite phlegmoneuse diffuse qui suppura ; enfin dans un 3e cas il s'agit d'un véritable désastre, puisque la jeune fille en question garda une pseudarthrose du tibia malgré les sutures osseuses que l'on fit en dernière analyse pour obtenir une consolidation. Ceux qui, pour faire prévaloir l'ostéoclasie sur l'ostéotomie, se targuent de son innocuité feront bien de méditer ces exemples.

Les 32 cas d'ostéotomie se décomposent comme il suit :

1° 18 incurvations rachitiques des jambes, 18 succès, dont 14 guérisons sans suppuration sous un seul appareil plâtré ; âge des opérés : de 18 mois à 7 ans ;

2° 10 genu valgum, 10 succès, dont 3 sous un seul pansement, 3 sous 2 pansements, 2 sous 3 et 4 pansements, enfin 1 après une suppuration abondante et 1 érysipèle phlegmoneux. Ces 10 opérations concernent 8 sujets, dont 6 de 14 à 28 ans et 2 de 3 ans ;

3° Trois fractures mal ou non considérées nécessitant : 1 fois la résection cunéiforme du tibia, une fois l'ostéotomie du péroné ; 3 succès dont 1 sans suppuration, chez 3 adultes de 35 à 49 ans ;

4° Une ostéotomie trochantérienne du fémur pour ankylose vicieuse de la hanche, guérie sans une goutte de pus.

Au total, sur ces 32 ostéotomies, il n'y a eu qu'une seule complication d'érysipèle : 23 fois il y a eu absence totale de suppuration. Les 32 opérés sont tous en vie et en possession d'un membre utile.

Suit le résumé des observations en question.

Les faits exposés de la sorte ont une valeur décisive, ainsi que l'a fait observer Trélat : « Rassemblez les cas où l'on a fait, soit l'ostéoclasie, soit « l'ostéotomie et voyez les résultats obtenus en tenant compte non seule- « ment de la nature de l'infirmité à laquelle on a voulu remédier, mais « encore des différences résultant du mode de pansement, de l'habileté

« du chirurgien, etc.; quand vous aurez un nombre suffisant de faits de ce « genre, c'est alors seulement que vous pourrez dire : dans tel cas, on « devra employer l'ostéoclasie, dans tel autre c'est à l'ostéotomie que l'on « doit avoir recours. »

J'ajouterai seulement que, dans l'appréciation de ces résultats, il faudra tenir surtout compte non seulement du résultat fonctionnel plus ou moins parfait, mais du temps qu'il aura demandé pour être définitivement acquis.

XX. — Le Dr Poore présente à la Société de chirurgie de New-York une petite fille de 3 ans 1/2, sur laquelle 3 ou 4 mois auparavant il a pratiqué l'ostéotomie pour un genu valgum du côté droit. Il avait fallu renoncer au redressement par les appareils qui amenait un relâchement des ligaments du genou. Le résultat était satisfaisant.

XXI. — L'auteur a eu l'idée de pratiquer la ténotomie des ligaments croisés dans un cas où, à la suite d'une tumeur blanche, il existait une flexion angulaire du genou dont les autres moyens ne pouvaient triompher. Il put obtenir ainsi le redressement et la guérison en une bonne position.

Il insiste sur la nécessité de n'avoir recours à cette opération que quand toute trace d'état inflammatoire a disparu de l'articulation ; elle doit être employée quand les tentatives de redressement brusque ou graduel ne peuvent aboutir même après que l'on a fait la ténotomie sous-cutanée des tendons postérieurs du genou. Il entre dans quelques détails sur le manuel opératoire auquel il convient d'avoir recours pour arriver à couper les ligaments croisés, ou plutôt les adhérences fibreuses qui en tiennent lieu, car il n'y a plus guère des ligaments croisés distincts dans un genou qu'une tumeur blanche a fixé dans la flexion permanente. PAUL BERGER.

XXII.— Borchers donne la relation de 61 ostéotomies sous-cutanées pratiquées par W. von Muralt sur 37 enfants à l'hôpital de Zurich.

48 de ces opérations ont été faites sur 26 enfants âgés de 2 à 4 ans offrant des courbures rachitiques des jambes.

7 ont été faites pour genu valgum chez 5 enfants.

Les 6 autres ont été pratiquées pour une courbure rachitique de l'avant-bras, avec fractures vicieusement consolidées de l'humérus ou du fémur, une contracture de la hanche ou des attitudes vicieuses consécutives à une résection du genou.

52 fois il y a eu guérison par première intention.

2 opérations ont été suivies de mort ; l'une par tuberculose aiguë, chez un enfant opéré pour genu valgum ; l'autre chez l'enfant ostéotomisé pour contracture de la hanche consécutive à une coxalgie. La tête fémorale en se nécrosant détermina une coxalgie aiguë ; à l'autopsie on constata en outre l'existence d'une tuberculose miliaire.

Von Muralt endort les petits malades, applique le tube d'Esmarch, pratique une incision de 3/4 à 1 1/2 centimètre de longueur, perpendiculaire à l'axe de l'os, sépare le périoste et enlève l'os.

Sans laver ni drainer la plaie, il la suture ainsi que le périoste. Après correction de la difformité, il applique le pansement de Lister et par-dessus un appareil plâtré. Ensuite le membre est élevé et le tube constricteur enlevé.

Habituellement l'appareil plâtré n'est retiré qu'au bout d'une quinzaine.

La durée du traitement est en moyenne de 40 jours.

Dans les courbures rachitiques des jambes l'ostéotomie fournit sans exception des résultats excellents et jamais elle n'est suivie de récidive.

Les résultats sont aussi favorables pour les fractures vicieusement consolidées et les autres difformités.

Pour le genu valgum l'ostéotomie a toujours porté sur le tibia.

Borchers pose ainsi les indications du traitement des déviations rachitiques des os chez les enfants :

Quand les os se laissent encore facilement incurver, on entreprendra leur redressement avec les mains ou avec des machines.

Si le redressement immédiat est impossible, mais l'os encore doué d'une certaine flexibilité, on procédera par corrections successives en maintenant chaque fois le résultat acquis au moyen d'appareils plâtrés.

Lorsque les os sont complètement indurés, il faut recourir à l'ostéotomie sous-cutanée linéaire, sans essayer préalablement l'ostéoclasie.

J. B.

XXIII. Voici l'indication de ces deux faits où le redressement de courbures rachitiques de la jambe fut obtenu par l'ostéoclasie instrumentale.

1° Courbure rachitique du tiers inférieur de la jambe, au-dessus de l'articulation du cou-de-pied sur une jeune fille de 7 ans. La rupture de l'os fut obtenue en développant une force de 200 kilogrammes ; le pied qui était dévié en varus fut maintenu, redressé par l'appareil de Desault. et en 3 ou 4 semaines la consolidation se fit en bonne forme. Au bout d'un mois la petite malade pouvait marcher sans appareil.

2° Une petite fille de 5 ans présentant, outre une incurvation légère des fémurs, une courbure à angle droit du tiers supérieur de la jambe. Les tentatives de douceur et même le redressement manuel ayant échoué, Medina, eut recours à l'ostéoclasie ; une force de 140 kilogrammes suffit à amener la rupture osseuse ; il n'y eut aucune complication et la guérison fut relativement prompte et complète.

XXIV. — Ces deux observations se rapportent, la première à un cas de consolidation osseuse consécutive à un décollement épiphysaire du tibia gauche remontant à la 12e année, chez un jeune homme de 20 ans ; la seconde à une torsion rachitique extrême des deux jambes chez une enfant de 13 ans. Ces deux lésions furent traitées et guéries l'une par l'ostéotomie linéaire l'autre par l'ostéotomie cunéiforme. PAUL BERGER.

I. — Des différentes espèces de pied bot et de leur traitement, par E. SCHWARTZ (*Thèse d'agrég.*, *Paris* 1883).

II. — Ueber Mechanismus der Plattfussbildung, par von MEYER (*Berl. klin. Woch.*, 2 *octobre* 1882).

III. — Traitement des pieds bots invétérés par l'extirpation de l'astragale, par E. BŒCKEL (*Bull. Soc. de chir.*, 18 *avril* 1883).

IV. — The non necessity of tarsotomy in talipes of children, par de FOREST VILLARD (*Med. News*, 31 *mai* 1884).

V. — Osteotomia cuneiforme del tarso per piede equino varo di alto grado da lussazione traumatica interna sotto-astragalea del piede destro, par MARGARY (*Giornale della R. Accad. di medicina di Torino*, *mai-juin* 1882).

VI. — Osteotomia cuneiforme del tarso per piede equino vari congeniti di alto grado, par LE MÊME (*Ibid.*, *juillet* 1882).

VII. — Piede equino varo di alto grado, guarito colla osteotomia tarsea, par BERRUTI (*Ibid., décembre* 1882).

VIII. — De la tarsectomie antérieure totale, par L. OLLIER (*Lyon méd., p.* 494, 9 *décembre* 1883).

IX. — Eine neue Resectionsmethode der Fusswurzelknochen beim veralteten Pes varus, par RYDYGIER (*Berl. klin. Woch.*, 5 *février* 1883).

X. — Zur Behandlung des Pes varus, par Eugen HAHN (*Ibid.*, 19 *mars* 1883).

XI. — Démonstration d'un pied affecté de la déviation en dehors du gros orteil, par J.-L. REVERDIN (*Revue médicale de la Suisse romande, p.* 388).

I. — La division fondamentale des pieds bots en deux grandes classes, pied bot congénital et pied bot acquis, indiquée par Hippocrate et faite par Audry, en 1741, s'appuie sur des différences anatomiques que l'auteur étudie dans la première partie de sa thèse. Il démontre, à l'exemple d'Adams et de Thorens, que, tandis que les lésions osseuses prédominent dans le pied bot congénital, les lésions musculaires prédominent dans le pied bot accidentel, mais qu'il n'y a rien d'absolu à ce sujet parce qu'on a rencontré des lésions musculaires dans certains pieds bots congénitaux et que les pieds bots accidentels offrent souvent des déformations osseuses manifestes.

En conséquence on ne saurait être absolu au point de vue pathogénique. Si la plupart des pieds bots congénitaux paraissent dus à une malformation primitive ou à un arrêt de l'évolution normale du squelette du pied, il en est un certain nombre, tels que le talus et souvent les valgus, qui paraissent résulter d'une compression mécanique des parois utérines, et quelques-uns même de lésions des systèmes nerveux et musculaire durant la vie fœtale. Si la plupart des pieds bots acquis sont d'origine musculaire et résultent soit de lésions musculaires primitives, soit de lésions nerveuses centrales ou périphériques, il en est qui dérivent incontestablement de lésions osseuses ou articulaires ou même d'une simple rétraction cicatricielle.

L'auteur consacre un intéressant chapitre à l'étude des caractères cliniques, du diagnostic différentiel et du pronostic des différentes espèces de pieds bots et arrive à la partie la plus importante de sa thèse, à savoir : le traitement.

Que le pied bot soit congénital ou accidentel, il y a deux indications thérapeutiques successives à remplir : 1° rendre au pied sa forme et ses rapports normaux; 2° maintenir le résultat acquis en prévenant la reproduction de la difformité.

Pour arriver à ce double résultat, trois méthodes sont en présence : l'orthopédie, la ténotomie et les opérations sanglantes. Mais la ténotomie n'est pas, à proprement parler, une méthode, car elle ne s'adresse qu'à la première partie du traitement; c'est un adjuvant du redressement orthopédique et elle devient inutile toutes les fois que le redressement peut s'accomplir sans elle.

Le traitement orthopédique, soit isolé, soit combiné aux manipulations, aux massages, à l'électrisation, à la ténotomie, etc., doit être appliqué à tous les cas, légers ou graves, de pied bot congénital ou acquis. Dans les cas légers il suffit pour amener une guérison complète au point de

vue de la fonction et de la forme, mais l'auteur fait remarquer avec raison que c'est la fonction qui s'améliore de préférence dans le pied bot congénital et la forme dans le pied bot acquis. Dans les cas graves, il est rare que la forme et la fonction se rétablissent entièrement; le pied demeure toujours un peu difforme, aplati ou incurvé, surtout dans le cas de pied-bot congénital; ses mouvements sont limités dans certaines directions et parfois même supprimés quand il s'agit de pied bot paralytique.

Mais si la déviation est considérable ou très ancienne, le traitement orthopédique et la ténotomie ne donnent plus aucun résultat. C'est contre les cas de ce genre qu'ont été dirigées les méthodes sanglantes.

Ces méthodes sont la tarsotomie et quelques autres opérations spéciales, exceptionnelles et plus mal définies, telles que l'ostéotomie du tibia et du péroné (Berend), la résection tibio-tarsienne (Ried, Verneuil), la résection du tendon d'Achille (Little, Davy), la transplantation des tendons (Nicoladoni), etc. L'auteur mentionne à peine ces dernières et s'occupe surtout de la tarsotomie.

Presque exclusivement appliquée au traitement du varus équin congénital, la forme la plus commune et la plus rebelle de pied bot, la tarsotomie se divise en deux variétés principales; l'une, la *tarsotomie antérieure*, est dirigée surtout contre le varus et comprend l'extirpation du cuboïde seul ou la résection d'un coin occupant toute la largeur du tarse (tarsotomie cunéiforme); l'autre, la *tarsotomie postérieure*, est dirigée surtout contre l'équinisme et consiste en l'extirpation de l'astragale, avec ou sans résection de la malléole externe.

Depuis le mémoire de Chauvel (1882), qui renfermait 37 tarsotomies cunéiformes, l'auteur en a recueilli 24 nouvelles, ce qui porte à 61 le chiffre des tarsotomies cunéiformes; 5 cas (8 0/0) se sont terminés par la mort. Pratiquées surtout chez des malades de 5 à 20 ans, elles ont donné comme résultats définitifs, sur 43 guérisons opératoires, 25 bons résultats, 3 mauvais résultats et 15 résultats douteux.

L'extirpation du cuboïde a été pratiquée 12 fois et n'a donné aucun cas de mort, mais elle est loin de valoir comme résultats la tarsotomie cunéiforme.

L'extirpation de l'astragale a été pratiquée 44 fois avec 1 seule mort; elle a permis à tous les opérés de marcher sur le talon, malheureusement elle corrige moins bien le varus, c'est pourquoi l'auteur conseille de faire porter aux opérés, pendant longtemps, des moules de cuir à tuteurs.

L'appréciation exacte de ces opérations est actuellement difficile, aussi l'auteur se montre-t-il très réservé sur leurs indications. Cependant, abstraction faite des nouveau-nés et des jeunes enfants chez lesquels il déconseille toute opération de ce genre, il croit que dans les cas graves ou compliqués, lorsque la difformité est absolument rebelle, lorsque le chirurgien est à bout de ressources, il faut recourir à ces opérations, surtout quand il s'agit d'adultes et d'adolescents; la tarsotomie, dit-il, a reculé la limite de la curabilité des pieds bots; en tout cas il n'hésiterait pas à la préférer à l'amputation partielle du pied,

Quant au choix de l'opération, il doit être dicté par la prédominance et par le degré d'irréductibilité de telle ou telle difformité. Ainsi quand

l'équinisme prédomine et qu'on peut espérer corriger le varus assez facilement réductible, c'est à l'extirpation de l'astragale qu'il faut recourir ; de même quand la coudure au niveau du scaphoïde est très prononcée. Quand au contraire, le varus prédomine, l'auteur serait disposé à « faire l'extirpation de l'astragale et à y joindre alors la résection cunéiforme d'un petit coin des surfaces articulaires du cuboïde et du calcanéum, plutôt que les larges résections cunéiformes proposées. »

DE SANTI.

II. — La cause principale de la formation du pied plat réside dans la rotation exagérée de l'astragale qui est suivie d'une position du calcanéum en valgus et de l'affaissement de la voûte plantaire.

L'autre cause, qui a aussi son importance, est le raccourcissement secondaire, l'inflexion du bord externe du pied dont von Meyer a mesuré exactement l'angle.

Au point de vue thérapeutique, il en résulte que dans le traitement du pied plat il faut avant tout lutter contre la position du calcanéum en valgus et contre la flexion de l'avant-pied sur l'arrière-pied.

Pour cela, il faut refouler le talon en dedans et restreindre la courbure vicieuse du pied par un haut talon.

III. — La question de la tarsotomie a été portée devant la Société de chirurgie en 1880, par M. Poinsot dans un excellent mémoire, plus récemment par M. Beauregard. E. Bœckel, dès 1878, avait eu recours à cette opération, et après s'être adressé à la tarsotomie cunéiforme, il l'a abandonnée pour pratiquer l'extirpation de l'astragale.

Cet os, dans les pieds bots invétérés, que l'auteur distingue avec soin des pieds bots tendineux par la résistance osseuse, rigide, qui s'oppose à la flexion du pied, est l'obstacle principal au redressement ; la poulie astragalienne, en effet, si l'on se reporte aux faits anatomiques, est située en grande partie dans ces cas en avant de la mortaise tibio-péronière ; elle est plus plane, triangulaire à base antérieure ; la tête et le col de l'astragale sont atrophiés et implantés à angle droit sur le corps de l'os.

Le pied ne pouvant se fléchir, se renverse en dedans, puis s'enroule et la marche se fait de plus en plus sur la face dorsale du pied.

La tarsotomie cunéiforme ne corrige guère que le varus, c'est-à-dire la déviation consécutive. Elle laisse persister, suivant Bœckel, l'inclinaison de l'astragale sur la jambe et l'équinisme réel ; de là, malgré une correction apparente toujours accompagnée d'un raccourcissement du pied, la permanence d'une déformation en vertu de laquelle le talon reste élevé quoique la plante du pied puisse poser sur le sol dans la marche qui reste lourde ; le pied, en effet, demeure peu mobile et ne peut se dérouler sur le sol.

Après l'extirpation de l'astragale au contraire, le pied reprend sa configuration normale ; l'articulation entre le calcanéum et le tibia redevient très mobile : la démarche semble naturelle. Bœckel n'a soumis à cette opération que des enfants au-dessous de six ans. Mais Ried, Lücke, Rupprecht en ont opéré avec succès jusqu'à 17 ans.

La technique de l'opération est simple : elle doit bien entendu se faire avec les précautions antiseptiques. Chez l'enfant, une seule incision étendue de l'articulation tibio-péronière jusqu'à la base du quatrième métatarsien suffit ; chez l'adulte on pourrait être forcé d'y ajouter une

incision interne. La seule difficulté de désarticulation réside dans la conformation cartilagineuse des os qui se laissent facilement entamer soit par le bistouri, soit par les ciseaux ; la rugine ne pourrait servir chez le très jeune enfant et il faut avoir recours au bistouri. Du reste il n'y a pas d'hémostase à faire, après le drainage, la suture, l'application d'un pansement iodoformé, la bande d'Esmarch est enlevée ; le pansement n'est renouvelé que quand il est souillé.

Des 32 opérations connues (4 de Bœckel, 3 de Poinsot, 2 de Lund, 4 de Ried, 1 de Lücke, 18 de Rupprecht, avec les cas déjà publiés), aucune n'a déterminé d'accidents ; un certain nombre d'enfants ont été opérés à peu de distance aux deux pieds. Tous paraissent avoir bien marché après l'opération.

Si même il était prouvé que le pied bot osseux, bien traité dès la naissance, pût guérir, ce qui n'est pas l'avis de l'auteur, il resterait pour indiquer et légitimer l'opération présente, la catégorie nombreuse des cas anciens où la lésion est devenue invétérée par le défaut de traitement suffisant.

IV. — Après avoir cité le fait d'une petite fille de 8 ans qu'il put guérir d'un double pied bot congénital du degré le plus extrême par le redressement forcé et les appareils, l'auteur s'élève fort contre l'abus que l'on fait, suivant lui, de la tarsotomie. Il a réuni 80 cas d'intervention par section osseuse, sur 68 sujets ; l'opération employée fut 58 fois la tarsotomie, 13 fois la résection de l'astragale, 9 fois celle du cuboïde : des 58 tarsotomies, 3 furent suivies de mort ; proportion beaucoup trop forte pour une opération qui devrait toujours être innocente.

Voici les conclusions qu'il pense pouvoir établir :

1) Au-dessous de 10 ans, même dans les cas extrêmes, la section sous-cutanée de tout ce qui résiste au redressement, suivie d'un redressement manuel fait avec la vigueur nécessaire, suffira toujours à donner un redressement suffisant ; il ne faut pas même reculer devant la déchirure des ligaments plantaires, s'ils résistent.

2) Aussitôt après le redressement, il faut fixer le membre dans un appareil plâtré auquel on substitue au bout de quelque temps un appareil orthopédique.

3) L'insuccès de la ténotomie ne prouve pas qu'un cas soit incurable ; il est le plus souvent redevable à un défaut de soins.

4) La tarsotomie, en raison des dangers qu'elle entraîne et de la rigidité du pied qu'elle détermine, ne doit être réservée que pour les cas où tous les moyens autres ont échoué et chez les adultes où les os ne se prêtent plus au redressement. Elle donne dans ces cas de fort bons résultats, à condition qu'elle soit antiseptique. La section des os à la scie vaut mieux que l'extirpation de l'astragale ou celle du cuboïde.

P. BERGER.

V. — Le premier cas est relatif à un homme de 30 ans qui, étant tombé sur les pieds d'une hauteur de quatre mètres s'était fait une luxation sous-astragalienne en dedans, avec large déchirure des téguments du dos du pied ; on s'était borné pour tout traitement à appliquer des compresses froides et la plaie s'était cicatrisée, laissant le pied dans une attitude extrêmement vicieuse. Quand il se présenta trois mois plus tard à l'hôpital, le pied était fixé en équin varus, la tête et une bonne partie du col de l'astragale faisaient

saillie en avant et le malade marchait (en s'aidant de béquilles) sur la face dorsale du pied, au niveau de laquelle se voyait une cicatrice longitudinale de 15 centimètres de longueur, légèrement ulcérée au centre. L'articulation tibio-tarsienne, qui avait conservé à peu près ses rapports normaux, était complètement ankylosée. Pour corriger la difformité qui faisait de cet homme jeune encore et vigoureux un véritable infirme, Margary se décida à pratiquer l'ostéotomie cunéiforme : il circonscrivit la partie postérieure de la cicatrice par deux incisions courbes partant du bord postérieur de la malléole externe à trois centimètres de son sommet, pour se réunir en avant de la tête de l'astragale ; de ce dernier point il abaissa une troisième incision jusqu'au bord externe du pied suivant la ligne médio-tarsienne ; il obtint ainsi un lambeau triangulaire dont la dissection mit à découvert la tête et le col de l'astragale, et la malléole externe. Après avoir détaché soigneusement de cette dernière les tendons péroniers, et ramené en dedans le muscle pédieux et l'extenseur des orteils, il enleva avec la gouge et le maillet un coin de substance osseuse comprenant la malléole externe, la tête et une très grande partie du col de l'astragale ; cela fait, il devint facile de corriger le déplacement du pied, qui fut remis dans la rectitude et maintenu dans sa nouvelle situation par le moyen d'un long clou passé obliquement à travers la malléole interne et le calcanéum. La guérison, retardée par diverses complications locales, finit cependant par se faire, et au bout de deux mois la plaie était complètement cicatrisée ; le malade a retrouvé entièrement l'usage de sa jambe et peut se livrer aux travaux des champs.

VI. — Un enfant de cinq ans se présenta avec un pied bot équin varus double congénital du degré le plus prononcé : les deux pieds posaient sur le sol par le bord externe de leur face dorsale tournée en avant, l'axe longitudinal du pied faisait avec celui de la jambe un angle droit ouvert en dedans ; la pulpe de la plante des pieds était atrophiée et les genoux offraient des mouvements d'hyperextension. On avait fait la ténotomie du tendon d'Achille et du tibial postérieur sans obtenir aucune amélioration. L'auteur pratiqua d'abord sur le pied gauche l'ostéotomie cunéiforme du tarse, en mettant à découvert la partie saillante du dos du pied par une incision allant de l'extrémité postérieure du troisième métatarsien à la malléole externe, puis disséquant les lèvres de la plaie au ras des os, et réséquant un coin osseux à base antéro-externe comprenant la tête et le col de l'astragale, un segment de l'extrémité antérieure du calcanéum et une petite partie de la surface articulaire postérieure du scaphoïde ; après quoi il fut facile de corriger la déformation et de remettre le pied dans la rectitude normale. La plaie pansée avec soin par la méthode de Lister guérit rapidement sans complication. Quinze jours après on opéra de la même manière le pied droit. Un appareil contentif fut appliqué pour maintenir les pieds en bonne position. Le résultat, au point de vue de la forme, a été tout à fait satisfaisant, mais il a fallu avoir recours à des appareils de soutien pour combattre l'hyperextension des genoux et le défaut de solidité qui en résultait. H. BARTH.

VII. — Enfant de 9 ans, affecté de pied bot congénital du côté droit, avec atrophie de la jambe : pointe du pied tournée en bas et en dedans, face dorsale en avant et en dehors, bord externe en bas portant seul dans la station; marche irrégulière et très pénible. On pratique d'abord la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, qui n'est suivie d'aucune amélioration. On se décide alors à faire l'ostéotomie tarsienne : on met à nu la surface dorsale du tarse par une incision longitudinale de 8 centimètres environ, et on détache du squelette du pied un coin transversal à base externe large de 2 centimètres, intéressant le cuboïde, le calcanéum, l'astragale, la scaphoïde et le troisième cunéiforme; le fragment osseux enlevé, le pied se laisse facilement redresser. Suites de l'opération régulières ; guérison com-

plète de la plaie en trois mois. L'enfant marche aisément sans canne, bien que la jambe droite soit restée plus courte et plus grêle que l'autre. H. BARTH.

VIII. — M. Ollier a pratiqué 6 ou 7 fois cette opération et en a obtenu d'excellents résultats. Il enlève les 2 cunéiformes, le cuboïde et le scaphoïde, au moyen de quatre incisions longitudinales, deux dorsales; une latérale interne, une latérale externe. On doit ménager avec soin les tendons et les vaisseaux et détacher les gaines périostéo-capsulaires de la région, afin d'assurer l'union de l'avant-pied avec l'arrière-pied. Chez les jeunes sujets, on peut, avec ces précautions, toujours compter sur la reproduction de masses osseuses, qui, réunies aux masses fibreuses conservées, assurent au membre la solidité et l'exercice de ses fonctions.

Au point de vue orthopédique, comme au point de vue de la guérison de l'affection (ostéites et ostéo-arthrites du tarse), il faut, d'après l'auteur, préférer la tarsectomie totale à la tarsectomie partielle. Le pied est plus régulier, plus solide, et l'on a moins de chances de récidives. A. C.

IX. — Sur un garçon de 11 ans affecté d'un pied bot varus équin droit avec raccourcissement de 6 centimètres de la jambe, Rydygier a pratiqué l'opération suivante :

Incision commençant à 2 centimètres en avant de la malléole externe, afin d'éviter l'ouverture de l'articulation tibio-astragalienne, et décrivant un arc à convexité inférieure sur le côté externe du dos du pied jusqu'au milieu du cuboïde. Au moyen de cette incision qui va jusqu'aux os, sans léser d'organes importants il est facile de pratiquer les résections voulues. C'est d'abord le col de l'astragale, puis l'apophyse antérieure du calcanéum qu'on taille obliquement du dehors en dedans de façon à enlever de l'articulation de Chopart un coin vertical à base supéro-externe et à sommet interne. On a ainsi corrigé l'attitude d'adduction et, en grande partie aussi, celle de supination de l'avant-pied. Pour remédier maintenant à la gêne de pronation causée par le trop de hauteur de l'apophyse antérieure du calcanéum et en même temps à l'attitude de supination du talon résultant de la forme trapézoïde du corps de l'astragale, on détache aux dépens des faces supérieure ou inférieure de cette apophyse un coin horizontal à base externe. Les deux coins osseux réséqués se rencontrent sous un angle droit et ont leurs bases tournées en dehors. Après avoir poussé un drain jusqu'au point de rencontre des coins, on suture le reste de la plaie cutanée. Par-dessus le pansement de Lister, on applique soit un appareil plâtré, soit une attelle pour maintenir le membre dans une bonne position.

Quand il existe en même temps une déviation équine du pied comme chez l'opéré de Rydygier, on fait au préalable la ténotomie d'Achille pour évaluer la dimension des coins osseux qu'il est nécessaire de réséquer.

Rydygier accorde à son procédé opératoire sur celui de Lund (*R. S. M.*, I, 407), la double supériorité de ne pas ouvrir l'articulation du cou-de-pied et de ne point augmenter le raccourcissement du membre.

X. — Après la section du tendon d'Achille, pour appliquer l'appareil plâtré qui doit maintenir le pied dans son attitude corrigée, Hahn se sert d'une attelle de bois en T. Cette attelle est placée de façon (le pied étant enveloppé de ouate, maintenue par des tours de bandes) que sa branche horizontale la plus longue se trouve sur le bord interne du pied, le point de rencontre des deux branches au niveau du scaphoïde et

sa branche verticale en dehors. On la fixe par une bande plâtrée tandis qu'un aide la maintient par l'extrémité de la branche verticale et par le bout de la branche horizontale qui dépasse les orteils. Avec cette attelle et sans gêner en rien l'application de l'appareil plâtré, l'aide, qui est placé devant le malade, corrige la supination du membre qu'il fait tourner en dehors, en pressant l'extrémité libre de la branche verticale du T ; de même il fait disparaître l'attitude équine en mettant le pied en flexion dorsale au moyen d'une pression exercée sur la moitié antérieure de la branche horizontale; enfin il transforme l'adduction en abduction dès qu'il imprime à l'extrémité antérieure de cette même branche un mouvement de rotation en dehors autour du point de rencontre des deux branches de l'attelle.

Lorsque le traitement orthopédique est insuffisant, Hahn extirpe l'astragale et résèque un coin de l'apophyse antérieure du calcanéum.

XI. — Le premier métatarsien offre à la partie antéro-interne une production osseuse, formée de tissu spongieux, recouverte par du cartilage et par une bourse séreuse à feuillets multiples qui communique directement avec l'articulation.

Le nerf collatéral interne dorsal du gros orteil s'insinue dans la paroi de la bourse séreuse et s'y épaissit.

Reverdin a vu une fois ce nerf, augmenté de volume, traverser la cavité même de la bourse séreuse. Ces faits expliquent les vives douleurs de l'oignon, quand la bourse se remplissant de liquide au moment des poussées inflammatoires, le nerf se trouve comprimé.

Au niveau du sésamoïde interne, le métatarsien est dépouillé de son cartilage et comme usé. L'arête qui sépare les deux fossettes sésamoïdes a diminué d'épaisseur. La synoviale, au pourtour des sésamoïdes est injectée et présente de petites franges rouges. La surface articulaire antérieure du métatarsien regarde un peu en dehors. Enfin les tendons extenseur propre et fléchisseur du gros orteil représentent la corde de l'arc décrit par l'orteil, ce qui tient à augmenter la déviation de ce dernier.

Reverdin pense que la déviation est due non à une arthrite déformante, comme le croyait Volkmann, mais à l'action mécanique des chaussures. Les souliers pointus dévient directement l'orteil. Les souliers trop courts, pressant sur son extrémité, arrivent au même résultat d'une façon un peu différente. Enfin les souliers trop larges en laissant le bord du pied butter contre l'extrémité de la chaussure, agissent comme les souliers trop courts.

Quand la déviation n'est pas trop considérable et le sujet jeune, Reverdin se contente d'enlever la bourse séreuse , de niveler l'exostose à la gouge et faire porter la nuit un appareil redresseur.

Dans deux cas de déviations beaucoup plus accusées des gros orteils de l'un et de l'autre pied, il a pratiqué l'opération suivante :

Sur le dos du métatarsien, en dedans de l'extenseur, incision qui, arrivée au niveau de l'exostose, se dévie en dedans jusqu'au voisinage du bord interne du pied. Décollement du périoste. Ablation de l'exostose d'un coup de gouge. Puis, résection cunéiforme du métatarsien un peu en arrière de sa tête. La tête de l'os est alors redressée et suturée avec le corps.

Une fois Reverdin a dû en outre sectionner le tendon extenseur qui empêchait le redressement.

Les opérés portent ensuite un appareil la nuit (*R. S. M.*, X, 233). J. B.

I. — Neurotic affections accompanying joint lesions (Des affections nerveuses consécutives aux maladies articulaires), par George-W. JACOBY (*New York neurological Soc.*, 4 *décembre* 1883, *et Med. News*, *p.* 18, 5 *janvier* 1884).

II. — De l'entorse et de son traitement, par Marc SÉE (*Revue de chirurgie, juin* 1884).

III. — De la ponction et de l'incision dans l'hydarthrose chronique, par CARBON (*Thèse de Paris*, 1884).

IV. — De l'arthrotomie ignée et du chauffage articulaire, combinés avec le pansement antiseptique iodoformé et l'immobilisation dans les synovites et les ostéo-synovites fongueuses, par VINCENT (*Rev. de Chir., janvier* 1884).

V. — Contribution à l'étude de la périostite albumineuse ou exsudative, par CATUFFE (*Thèse de Paris*, 1883).

VI. — A new method of treating large bone cavities in the lower end of the femur in adults, par F. LANGE (*Medical News*, *p.* 295, 15 *mars* 1884).

VII. — Ueber einen seltenen Fall von ausgebreiteter Osteomalacie mit Hydromyelus bei einen jungen Mann (Fait rare d'ostéomalacie universelle avec syringomyélie chez un jeune homme), par MOSES (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 49, *p.* 762, 3 *décembre* 1883).

VIII. — Ein Fall traumatischer Epiphysentrennung mit folgender Hemmung des Längenwachsthums (Décollement traumatique de l'épiphyse humérale suivi d'un arrêt dans l'accroissement longitudinal du bras), par Albert HOFFA (*Berliner klinische Wochs.*, *n°* 4, *p.* 50, 28 *janvier* 1884).

IX. — Ueber Knochenechinoccus (Des hydatides des os), par Eugen HAHN (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 6, *p.* 81, 11 *février* 1884).

X et XI. — Même sujet, par VIRCHOW et par BARDELEBEN (*Idem*, *n°* 53, *p.* 824, 31 *décembre* 1883).

I.— L'auteur rappelle les observations de Malgaigne sur ce point, puis les travaux plus récents de Weir Mitchell, Duchenne (de Boulogne), Verneuil, Paget et Charcot. Les troubles en question consistent principalement en atrophies du tissu conjonctif : les névralgies, les hyperesthésies et les anesthésies, hyperalgésies et analgésies sont plus rarement observées. — Les atrophies musculaires, qui sont les plus importants d'entre eux, atteignent principalement les muscles extenseurs ; il n'y a d'exception que quand ce sont les articulations du poignet et du cou-de-pied qui sont le siège de la maladie. Dans ce dernier cas, tous les muscles sont également pris et les désordres suivent une marche ascendante plutôt que descendante. Quand ce sont les articulations des doigts qui sont prises, les interosseux sont les premiers muscles atteints par l'atrophie. Comme moyen de traitement, Jacoby préconise le massage qu'il juge très supérieur à l'électricité.

Le Dr Ch. Fayette Taylor compte par milliers les cas de ce genre qu'il a observés. Rejetant la plupart des théories en cours pour expliquer la pathogénie des troubles musculaires ab-articulaires, il donne une inter-

prétation nouvelle du mécanisme de leur production. Il s'agit, suivant lui, d'un véritable trouble psychique, d'un phénomène cérébral. L'inhibition des pouvoirs moteurs des muscles provient d'un veto que l'encéphale oppose à leur contraction, et l'atrophie est le résultat de l'attention soutenue agissant sur les muscles immobilisés à la manière d'une véritable *bande d'Esmarch*, et de l'immobilisation qui en résulte. La preuve que ces troubles sont reliés à un véritable désordre psychique serait dans le fait, maintes fois observé, que tous les troubles fonctionnels peuvent disparaître subitement par le fait d'une modification du cours des idées ou d'un simple acte de volition. Aussi Taylor ne croit-il pas à l'efficacité du massage, et propose-t-il un véritable traitement moral auquel il faudrait rapporter les succès obtenus par les rhabilleurs, les rebouteurs et tous les charlatans dans la cure de ces impotences.

Différents membres de la société citent des faits de leur propre pratique et se louent l'un de l'emploi des piles portatives, l'autre du massage combattu par Taylor, sans apporter plus de lumière dans ce débat assez obscur. PAUL BERGER.

II. — Après avoir passé en revue les principaux moyens employés pour la cure de l'entorse, l'immobilisation de la jointures, les antiphlogistiques, les mouvements de l'article, les réfrigérants et le massage, qui donne les résultats les plus constants et les plus efficaces, bien qu'il ne réussisse pas toujours et soit quelquefois dangereux, M. M. Sée préconise l'emploi de la bande de caoutchouc que l'on ne doit pas serrer de façon à provoquer des douleurs. Ce mode de traitement, mis en usage depuis plusieurs années, a toujours donné à l'auteur les meilleurs résultats ; toutes ses entorses ont été rapidement guéries ; aussi considère-t-il cette méthode comme supérieure à tous les autres moyens, qu'elle doit détrôner.

III. — Toutes les fois qu'une hydarthrose aura résisté au traitement révulsif et compressif mis en pratique avec quelque persévérance on doit avoir recours à l'ouverture et au drainage antiseptique de l'articulation : à l'appui de cette méthode thérapeutique l'auteur rapporte quelques observations qui seraient des preuves de cure radicale. OZENNE.

IV. — Trouvant insuffisants dans un certain nombre de cas les différents moyens employés pour la cure des arthropathies fongueuses d'origine synoviale, tels que les révulsifs médicaux, l'immobilisation, l'ignipuncture, le raclage, l'auteur a plusieurs fois avec succès, pour des fongosités du genoux, opéré de la façon suivante : après de minutieuses précautions antiseptiques on pratique d'abord l'arthrotomie (1er temps de l'opération) au moyen du thermo-cautère. Le couteau incise longitudinalement chacune des couches fongueuses, qui fait saillie, pénètre jusqu'aux fongosités intra-articulaires, les brûle, les traverse, les laboure les unes après les autres sans en laisser aucune intacte, et s'il rencontre les surfaces osseuses malades, agit de même à leur égard, les pénètre profondément et crée à leurs dépens autant de tunnels que cela est nécessaire.

Cela fait, à l'aide d'un cautère de gros volume (2e temps de l'opération) on chauffe tout l'intérieur de l'articulation, on dessèche les parois des tranchées, créées au milieu des fongosités, et on termine ainsi la destruction des micro-organismes, qui ont pu échapper tout d'abord aux premières atteintes du fer rouge.

L'opération terminée, après un lavage phéniqué, la plaie est saupoudrée d'iodoforme, entourée de compresses de lint à l'acide borique, recouverte d'une couche de gaz phéniquée et d'une couche de coton salicylé ; et le membre inférieur tout entier plongé dans la ouate est placé dans un appareil silicaté. Ce pansement, un peu compliqué, ne doit être renouvelé qu'au bout de 15 jours. L'auteur se loue fort de cette méthode, qui lui aurait donné d'excellents résultats.

V. — Deux faits bien observés ont permis à l'auteur d'étudier cette variété rare de périostite : affection à marche subaiguë, survenant dans l'adolescence elle est caractérisée, pour M. Catuffe, par un travail irritatif plus ou moins intense, qui n'aboutit pas fatalement à la suppuration, se termine parfois par résorption, mais vu toujours plus loin que l'hyperostose.

Lorsque la collection liquide est reconnue, on doit avoir recours à la ponction, d'abord exploratrice, puis évacuatrice, suivie de compression ; plus tard une révulsion énergique complète la guérison.

Dans le cas où la transformation purulente a eu lieu, il faut inciser et débrider largement et au besoin pratiquer le curage, le tout antiseptiquement. OZENNE

VI.— Considérant combien les abcès centraux de l'épiphyse inférieure du fémur ou des parties voisines de la diaphyse sont longs à guérir quand ils sont devenus fistuleux, l'auteur propose de supprimer toute la paroi antérieure de la cavité osseuse suppurée, de ruginer avec soin sa surface interne et d'appliquer sur elle un lambeau de parties molles que l'on a ménagé à cet effet.

Il a mis à exécution ce mode opératoire chez 3 malades âgés de 38 à 46 ans, chez lesquelles la lésion remontait à des ostéomyélites de l'enfance. La guérison fut obtenue dans ces 3 cas en 5 mois, 3 mois et 3 mois 1/2. P. B.

VII. — Poméranien âgé de 30 ans ; a continué jusqu'il y a quatre ans son métier de tailleur. Un jour, en appuyant simplement la main sur une machine à coudre, il se fractura l'humérus gauche ; la guérison eut lieu par pseudarthrose.

Dès le commencement de 1880, sans cause aucune, il se fit une nouvelle fracture au niveau du fémur droit. La consolidation ne s'effectua pas et dès lors le malade dut rester au lit, incapable de marcher.

Au milieu de 1881, il fut admis à l'hospice des Incurables de Berlin.

Taille fort au-dessous de la moyenne (3 pieds 8 pouces) ; cachexie et anémie profonde. Attitude ramassée.

Pour ne pas souffrir, étant couché, le malade a besoin d'avoir la tête, le cou, le dos, les membres soutenus par des coussins.

Aucune affection viscérale.

Formation graduelle d'une profonde dépression infundibuliforme au niveau du tiers supérieur du sternum dont le tissu est très mou au toucher.

Incurvation progressive de l'humérus, qui, sous une cause insignifiante, se fracture à ce niveau et guérit par pseudarthrose.

Le maxillaire inférieur est douloureux et s'écarte très peu du maxillaire supérieur.

La température est restée toujours au-dessous de la normale. Albuminurie terminale.

Cinq jours avant la mort, fièvre et pseudo-érysipèle de la jambe droite.

Autopsie. Tous les os sont tellement ramollis qu'ils se laissent couper au couteau ; ils présentent des inflexions et des fractures multiples (3 sur l'humérus gauche). En beaucoup d'endroits, la substance compacte n'a plus que l'épaisseur du papier. La cavité médullaire agrandie ne renferme presque que de la graisse *jaune* et extrêmement peu de moelle rouge. Les épiphyses, les côtes, les os du tarse et du métatarse ont un tissu spongieux à larges mailles, plein de graisse jaune.

Les os les plus mous sont le tibia et le péroné droits.

L'humérus gauche, atrophié, infléchi et fracturé, a 5 centimètres de moins que le droit.

Le fémur droit, qui présente une fracture à un pouce et demi au-dessous du grand trochanter, est raccourci de 2 centimètres. Le grand trochanter, arrondi et beaucoup plus élevé que la tête du fémur qui est en contact avec le sourcil cotyloïdien ; le ligament rond est détruit, le col fémoral très court : son tissu ainsi que celui de la tête fémorale s'enfonce sous le doigt. Au niveau de la fracture, par suite d'une courbure semi-lunaire de la diaphyse en dehors, s'est produit un trochanter artificiel, exactement à la place où devrait se trouver le grand trochanter normal. Plus bas, la diaphyse est fortement incurvée en avant. Les condyles tout à fait ramollis sont atrophiés ; la rotule est luxée.

Le fémur gauche est également ramolli, surtout au niveau du col et de la tête, mais son ligament rond est conservé.

Les organes thoraciques et abdominaux sont très petits, mais normaux, à part un peu de néphrite interstitielle.

Les méninges et le cerveau ne présentent rien d'anormal ; notamment il n'y a ni dilatation, ni épanchement ventriculaires.

Au centre de la moelle épinière, dans toute sa longueur se trouve un canal arrondi dont les dimensions augmentent de bas en haut : introduit à la région cervicale, un stylet boutonné arrive facilement dans le 4e ventricule.

Toutes les vertèbres sont très ramollies et il existe une sclérose très marquée.

A l'extrémité inférieure du canal rachidien se trouve une petite quantité de liquide transparent.

Les dimensions et la consistance de la moelle épinière semblent normales ; partout on distingue bien les cornes grises antérieures et postérieures ; les cordons antérieurs, latéraux et postérieurs.

L'examen histologique de préparations durcies décident de la nature du canal central constaté sur toute la longueur de la moelle. Il est probable qu'il s'agit là d'une anomalie congénitale dont la coexistence avec l'ostéomalacie est accidentelle.

Virchow insiste sur l'intérêt tout particulier de cette observation. Au lieu d'une moelle osseuse rouge ou gélatineuse, comme on la rencontre habituellement dans l'ostéomalacie juvénile, on se trouve en présence d'une forme d'ostéomalacie, analogue à celle qu'on observe chez les vieillards et que les Anglais ont décrite comme une dégénérescence graisseuse des os. J. B.

VIII. — Homme de 29 ans. A l'âge de 9 ans, coup de crosse de fusil sur l'épaule droite ; cette blessure ne fut pas soignée. Depuis lors aucun autre traumatisme, ni aucune maladie.

Aplatissement considérable de l'épaule droite ; saillie de la voûte acromiale.

Atrophie du trapèze et du deltoïde, qui réagissent d'ailleurs à l'électricité.

Clavicule, omoplate, autres muscles du moignon, avant-bras et main ne présentant aucune différence avec le membre gauche.

Bras droit aussi épais que son congénère, mais raccourci de 6 centimètres

et demi. Tête humérale déplacée en avant en haut et en dedans. Au niveau de la ligne épiphysaire on sent une courbure anguleuse de l'os. Articulation scapulo-humérale complètement ankylosée. Abduction impossible; les autres mouvements du bras sont exécutés par l'omoplate.

C'est Uffelmann qui, en 1865, a signalé le premier fait de raccourcissement d'un membre consécutivement à la rupture traumatique de son épiphyse.

P. Bruns (Allgemeine Lehre von den Knochenbrüchen) est parvenu à réunir 100 cas de décollement traumatique des épiphyses, parmi lesquels 13 seulement ont entraîné un arrêt de constance du membre en longueur. 8 fois il s'agissait de l'épiphyse inférieure du radius, 3 fois de l'épiphyse supérieure de l'humérus, 1 fois de l'épiphyse inférieure du fémur et 1 fois de l'épiphyse inférieure du tibia. J. B.

IX. — 1° Femme de 52 ans. Violentes douleurs dans le genou droit, depuis une chute il y a 5 ans. Dès cette époque le diagnostic de tumeur hydatique des os a été fait. Malgré des ponctions et des injections phéniquées les souffrances n'ont fait qu'augmenter.

Tumeur comme un poing d'homme, molle et fluctuante, s'étendant sur la face antérieure du tibia, de la tubérosité au bord inférieur de la rotule; peau normale à ce niveau. La palpation de la tumeur provoque un crépitement analogue à celui d'une boule de neige.

A la face postérieure de l'articulation se trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, distendue et fluctuante, qui ne paraît communiquer ni avec l'articulation ni avec la tumeur antérieure.

Une ponction de la tumeur sous-rotulienne donne jour à une bouillie jaunâtre contenant de nombreuses vésicules ayant le volume de pois. Le diagnostic d'hydatides ainsi conforme, Hahn incise largement la tumeur et, vu l'étendue de l'affection et l'âge de la malade, il pratique l'amputation de cuisse au tiers inférieur.

Sur le fémur l'invasion des ecchinocoques s'est limitée à l'épiphyse. Le condyle interne de l'os est excavé des deux cavités, grosses, l'une comme un œuf de pigeon, l'autre comme une noix, et pleines toutes deux de séquestres et de vésicules dont les dimensions oscillent entre une tête d'épingle et un pois. L'une des cavités du condyle fémoral interne présente en arrière un orifice qui la fait communiquer avec la tumeur de la région postérieure de la jointure. Cette tumeur poplitée ne contient qu'une seule vésicule de taille considérable et de structure uniloculaire.

Le tissu spongieux du condyle externe du fémur est infiltré de vésicules.

Les cartilages articulaires et l'articulation elle-même sont libres.

Sur le tibia, les hydatides s'étendent jusqu'à mi-hauteur de la diaphyse. Le condyle interne de cet os est transformé en une cavité de la grosseur d'un œuf de poule, remplie de vésicules et de séquestres dont le plus considérable a 5 centimètres de long sur 3 de large. Les mailles de la substance spongieuse voisine sont également pleines de vésicules.

Plus bas, dans la cavité médullaire de la diaphyse tibiale, les vésicules atteignent des dimensions beaucoup plus grandes; la plus inférieure a 3 centimètres de longueur sur 1 et demi de largeur. La couche corticale de l'os offre en arrière, au niveau de son tiers supérieur, un trou qui donne accès dans les muscles profonds du mollet, infestés eux-mêmes de vésicules hydatiques.

Péroné et autres muscles indemnes.

Déjà à l'œil nu les vésicules des os se différencient de celles des muscles par l'apparence de leur cuticule, qui est mi-partie aussi claire que de l'eau,

mi-partie laiteuse. Sous le microscope, on est frappé de l'épaisseur de la membrane d'enveloppe des vésicules même les plus petites.

Nulle part, on n'aperçoit ni scolex ni crochets, mais on voit beaucoup de cristaux de cholestérine.

Reszey (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* VII) a réuni 33 exemples d'affection hydatique des os : 8 fois elle siégeait sur le tibia ; 7 fois sur l'humérus ; 5 fois sur le bassin ; 4 fois sur chacun des os suivants : fémur, crâne, rachis ; enfin 1 fois sur les phalanges.

Depuis 1877 il a été publié 2 nouveaux cas d'échinocoques des os. Dans l'un (*Virchow's Archiv* 1880), c'était la diaphyse fémorale qui était envahie ; dans l'autre, communiqué par Trendelenburg en 1881 au congrès de la Société allemande de chirurgie, c'était le bassin. Chez ces 2 malades, il s'agissait de la forme multiloculaire.

En y comprenant l'observation de Hahn, cela fait un total de 36 affections hydatiques osseuses. Sur les 16 malades qui ont été soumis à une opération 11 ont guéri, dont 2 par incision et 9 par amputation, désarticulation ou résection.

X.— A la suite de la communication de Hahn, *Virchow* a présenté à la Société médicale de Berlin les pièces que possède l'Institut d'anatomie pathologique. Elles sont au nombre de 4 : 1° hydatides du sternum 1881; 2° hydatides de l'humérus (1870, Kuester) ; 3° hydatides du fémur (1878, Kantsow); 4° hydatides de l'humérus recueillies en 1881 par Leser à l'autopsie d'un maniaque âgé de 80 ans et qui avait une affection osseuse depuis au moins 45 ans. — La collection berlinoise n'a pas son analogue; elle se compose exclusivement de kystes multiloculaires ou alvéolaires des os.

XI. — *Bardeleben* vient cette année même de pratiquer une résection pour hydatides du bassin.

Femme de 23 ans; deux mois après l'accouchement, tuméfaction de l'aîne gauche qui s'accroît rapidement malgré des incisions qui évacuent du pus. Une fois on découvre dans le pansement une petite vésicule renfermant des crochets. Le lendemain, ictère intense, hépatalgie et urines bilieuses.

Bardeleben agrandit l'incision et constate l'existence d'une grande cavité étendue de la crête iliaque à 6 centimètres en haut et en bas, et se continuant avec un trajet qui donne accès dans l'intérieur de l'os.

Bardeleben s'étant rendu compte de la situation exacte de la cavité osseuse fit une longue incision à la partie postérieure de la crête iliaque, décolla le périoste des deux faces de l'os et détacha les insertions musculaires. Puis avec la gouge il enleva un coin triangulaire de l'os iliaque ayant 6 centimètres de base et parvint ainsi dans la cavité intra-osseuse, dont il extirpa la majeure partie des parois en ruginant le reste. Ce raclage donna issue à d'innombrables vésicules dont les dimensions varient entre un pois et un œuf de pigeon.

L'incision de la paroi antérieure de l'abdomen étant devenue inutile, fut suturée après avivement. Bardeleben referma également la plus grande partie de l'incision postérieure après y avoir introduit un gros drain.

Ictère disparu au bout de quelques jours. Deux mois plus tard, l'opérée reprenait sa profession de blanchisseuse (*R. S. M.*, VII, 280, et XI, 202). J. B.

I. — Dislocation of the fifth cervical vertebra; reduction; recovery, par van BUREN (*The Lancet*, 14 *octobre* 1882).

II. — Ein casuisticher und kritischer Beitrag zur Lehre von den Halswirbel-

verrenkungen (Exemple de luxation non réduite du cou observée tardivement), par Wilhem KOCH (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 18, *p.* 268, 1er *mai* 1882).

III. — Luxation complète et sans fracture de la 4e vertèbre cervicale, par TRUC (*Lyon méd.*, *p.* 254, 24 *février* 1884).

IV. — Operative Eroeffnung eines Abcesses im Rückgratscanal, mit Resection eines halben Wirbelkörpers (Incision d'un abcès du canal rachidien avec résection partielle d'un corps de vertèbre), par James ISRAEL (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 10, *p.* 146, 6 *mars* 1882).

V. — Zur Behandlung aelterer Wirbelfracturen (Emploi du corset de Sayre dans les fractures non récentes du rachis), par KUESTER (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n.* 17, *p.* 247, 25 *avril* 1881).

VI. — Accidents mortels dus à l'application du corset de Sayre dans un mal de Pott, par SONNENBURG (*Idem*, *idem*).

VII. — Erfahrungen ueber die Verwerthbarkeit der Sayre'schen Gipscorsets, par E. SONNENBURG, E. KUESTER, J. ISRAEL, J. WOLFF, P. GUETERBOCK (*Ibidem*, n° 3, *p.* 29, n° 8, *p.* 120, *et* n° 9, *p.* 134, 15 *janvier*, 19 *et* 26 *février* 1883).

VIII. — Brückengypsverband bei Spondylitis cervicalis, par A. BEGER (*Ibidem* n° 33, *p.* 469, 15 *août* 1881).

IX. — Ueber ein einfaches Verfahren bei der Behandlung der Spondylitis cervicalis und des Caput obstipum, par R. FALKSON (*Ibidem*, n° 30, *p.* 453, 23 *juillet* 1883).

X. — Demonstration eines neuen Scoliosen-Corsets, par KARESWSKI (*Ibidem*, n° 34, *p.* 254, 20 *août* 1883).

XI. — Notice sur les malades traités à l'hospice orthopédique de la Suisse romande, par H. MARTIN (*Revue médicale de la Suisse romande*, *III*, 297, *juin* 1883).

XII. — Traitement de la carie de la colonne vertébrale, par Noble SMITH (*Brit. med. journ.*, *p.* 1121, *décembre* 1883).

XIII. — Anatomische Untersuchungen ueber Spondylitis, par Gottlieb FEURER (*Thèse Berlin*, 1880).

I. — Un jeune homme occupé à charger du foin sur une meule fut entraîné dans la chute de celle-ci et tomba rudement sur la nuque d'une hauteur de cinq ou six mètres. Apporté sans connaissance à l'hôpital, il fut trouvé dans l'état suivant : pupilles dilatées mais égales, paralysie complète des quatre membres avec respiration exclusivement abdominale; rétention d'urine ; réaction pénienne ; pouls à 64 régulier. Revenu un peu à lui, il se plaignit d'une douleur très vive à la partie postérieure du cou, et d'une sensation d'engourdissement des pieds et des mains, ainsi que d'une gêne notable de la respiration.

Au bout d'une heure à peine, l'état du malade s'aggravait rapidement; la respiration devenait stertoreuse, il y avait de la paralysie de la glotte et un commencement de cyanose. Le cas étant pressant et le chirurgien tardant à venir, M. Van Buren, interne de l'hôpital, se décida à agir sans plus tarder. Il suffit d'asseoir le malade sur son séant pour constater que l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre cervicale faisait en arrière une forte saillie qui, en l'absence de toute mobilité anormale, ne pouvait être due qu'à une

luxation incomplète. La tête étant maintenue par un aide, M. Van Buren saisit fortement le cou des deux mains au niveau des clavicules, et à l'aide des pouces imprima à la vertèbre déplacée une impulsion progressive en avant et en haut; un claquement ne tarda pas à se faire entendre et en même temps toute saillie anormale avait disparu. Aussitôt la connaissance revint entièrement, la respiration reprit le caractère thoracique; deux heures après le malade avait recouvré l'usage de ses membres et ne se plaignait plus que d'une légère douleur en arrière du cou; il n'y eut aucune suite fâcheuse. H. BARTH.

II. — Employé de chemin de fer, âgé de 25 ans; il y a 4 mois, il fut tamponné entre deux wagons, à la hauteur de la poitrine. Après cet accident, il resta neuf jours sans connaissance et eut une hémiplégie gauche durant plusieurs semaines.

Cicatrices de traumatisme à l'angle inférieur de l'omoplate droite et au côté gauche du thorax, au niveau de la dixième côte. Fracture consolidée du tiers interne de la clavicule droite. Atrophie des muscles de la paroi thoracique, de l'épaule, des éminences thénar et hypothénar gauches.

Impossibilité d'élever le bras gauche au-dessus de l'horizontale. La jambe correspondante est encore traînée.

Excitabilité faradique manquant pour les muscles animés par les nerfs médian et cubital.

Hyperesthésie cutanée de la moitié gauche du corps, manifeste surtout au niveau du cœur et contrastant avec l'engourdissement et l'anesthésie du petit doigt et du côté cubital du quatrième. Aucune modification dans la sensibilité au contact, à la température, etc.

Réflexes tendineux renforcés au niveau des membres inférieurs, surtout du gauche, où il est facile de provoquer l'épilepsie spinale.

Fente palpébrale et pupille gauches plus petites que leurs congénères. Mais les deux pupilles réagissent semblablement.

Vision de l'œil gauche diminuée, avec dilatation des veines du fond.

A partir de la sous-clavière, les artères du membre supérieur gauche offrent un pouls filiforme, parfois insensible.

La température de l'aisselle gauche est de deux dixièmes inférieure à celle de droite; en revanche la température du conduit auditif l'emporte de trois dixièmes sur celle du conduit droit.

Le côté gauche du thorax se dilate peu et l'on y entend à peine le murmure vésiculaire; le niveau du diaphragme est plus élevé qu'à droite et change peu dans les différentes phases de la respiration.

Quand le malade est assis au repos complet, on remarque une rotation du rachis cervical de droite à gauche, de sorte que par derrière toutes les parties molles gauches sont plus saillantes, plus visibles, notamment le trapèze, qui n'est pas atrophié comme le deltoïde et le sus-épineux.

A la palpation du rachis, alors même que le malade tourne la tête à droite, on sent la 5e apophyse épineuse manifestement sur la droite de celles des 4e et 6e vertèbres cervicales.

L'oreille et les sourcils paraissent vus par devant, plus bas à droite qu'à gauche. Le larynx est dévié à droite.

La moitié droite de la paroi pharyngée postérieure regarde en avant et touche presque le pilier pharyngo-palatin; tandis que la moitié gauche est tournée en arrière.

Le doigt, introduit dans la gorge jusqu'au niveau du cricoïde, sent au côté droit du rachis un corps osseux, arrondi, proéminant dans le pharynx.

La déglutition s'opère sans difficulté; les mouvements de la tête et du cou sont peu gênés.

Koch diagnostique une luxation par rotation de la 5e vertèbre cervicale sur la 6e, dans laquelle il y a eu accrochement de la cinquième apophyse

articulaire droite, au-devant de la sixième, tandis qu'à gauche il y a eu une diastase telle que la surface articulaire de la cinquième apophyse oblique s'est trouvée repoussée en haut et en arrière de sa congénère inférieure, en même temps qu'elle subissait un mouvement en arc qui l'entraînait en dedans, vers l'apophyse épineuse. C'est là ce que Blasius a décrit sous le nom de luxation bilatérale en sens opposés.

Pour expliquer les phénomènes nerveux, Koch admet qu'il y a eu lésion de cordons latéraux cérébelleux de la moitié gauche de la moelle cervicale. J. B.

III.— Homme de 40 ans ayant fait une chute de 4 mètres dans des conditions indéterminées. On l'apporte à l'hôpital avec une paralysie absolue remontant jusqu'au sommet du thorax, incontinence d'urine, etc. La tête est fléchie et tournée à gauche, et on trouve, dans la région cervicale, une luxation de la quatrième ou de la cinquième vertèbre, peut-être compliquée de fracture. Rien dans le pharynx. La mort arrive en vingt-quatre heures.

A l'autopsie, limitée à la région du cou, on constate une rupture complète du ligament sus-épineux, des ligaments jaunes et des grands surtouts ligamenteux au niveau de l'interligne de la quatrième et de la cinquième vertèbre. La quatrième vertèbre est luxée en bas et en avant de la cinquième, coudant et comprimant fortement la moelle. Pas de fracture. A. C.

IV. — Homme de 34 ans ayant une scoliose depuis l'âge de 7 ans. Il entre à l'hôpital pour un affaiblissement des membres inférieurs, qui devient bientôt une paraplégie flaccide, avec perte complète des phénomènes réflexes, mais intégrité de la sensibilité et des sphincters. Fièvre hectique.

Au niveau des vertèbres lombaires supérieures, un peu à gauche des apophyses épineuses, abcès froid, de la grosseur d'une pomme, se vidant partiellement, par compression, dans un trajet qui suit les côtes inférieures droites.

Extrême sensibilité à la pression de la colonne dorso-lombaire et de la douzième côte droite.

Se basant sur la nature exclusivement motrice de la paralysie, Israël admet une compression de la moelle par la carie vertébrale suppurée, et se décide à réséquer la portion postérieure de la douzième côte, qui est également malade, afin d'arriver au foyer rachidien par la partie antérieure du canal.

Dans ce but, il ouvre d'abord l'abcès par congestion du dos, et en ayant gratté la membrane pyogénique, il trouve l'entrée d'un canal, qu'il fend, et au fond duquel se voit la partie moyenne de la douzième côte, qui est rugueuse et dénudée ; il la résèque.

Il reconnaît alors que la portion articulaire correspondante du douzième corps vertébral est caséeuse et présente une cavité remplie de détritus osseux, de granulations caséeuses et de pus.

Il racle cette excavation avec la curette et pratique, dans sa paroi postérieure, un orifice donnant dans le canal rachidien. Cette ouverture fournissant passage à du pus, Israël l'agrandit et enlève toutes les portions malades, à savoir la moitié du corps vertébral de la douzième dorsale, et le disque intermédiaire entre celle-ci et la première lombaire.

La moelle était refoulée à gauche et aplatie ; sa surface, gris verdâtre, était parsemée de taches rouges.

L'évolution, sous le pansement de Lister, fut complètement apyrétique. Immédiatement après l'opération, la fièvre cessa, mais la paraplégie ne fut nullement modifiée.

La plaie était à peu près entièrement cicatrisée, lorsque le malade se mit à tousser de plus en plus. Le 37e jour il succombait dans le marasme.

A l'autopsie, pleurésie droite fibrino-purulente, propagée par le voisinage de la côte cariée; en effet, au niveau du neuvième espace intercostal, le feuillet pariétal de la plèvre offrait, tout à côté du rachis, une ulcération communiquant avec le foyer de carie costale.

Noyaux de péribronchite aux deux sommets ; dans le lobe inférieur droit, foyer caséeux sec, entouré de tubercules miliaires. J. B.

V. — Kuester a essayé l'emploi du corset plâtré de Sayre chez quatre malades ayant des fractures du rachis datant déjà de quelque temps. Dans les deux cas de fracture d'une vertèbre lombaire avec paraplégie et paralysie des sphincters, les résultats de cet appareil ont été excellents. Dans le cas de fracture de la troisième dorsale, le corset n'a produit aucune amélioration. Enfin, dans le dernier cas, il s'agissait d'une fracture des vertèbres cervicales moyennes avec gibbosité considérable et paralysie complète des quatre membres et des sphincters. Kuester rompit le cal et obtint par l'extension poussée jusqu'à 20 livres une disparition totale des paralysies.

Busch a également obtenu la guérison d'une fracture rachidienne avec troubles de la mobilité et de la sensibilité par l'emploi de la suspension et de l'appareil plâtré.

VI. — Chez un enfant atteint de mal de Pott cervico-dorsal, et non chloroformisé, Sonnenburg était en train d'appliquer le corset de Sayre. Le petit malade fut pris brusquement de troubles respiratoires et succomba au bout d'une heure et demie malgré la trachéotomie et la respiration artificielle.

A l'autopsie, outre la maladie des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales, on trouva un gros abcès dont la poche postérieure faisait saillie dans le médiastin postérieur.

Il est probable que pendant la suspension cet abcès comprimait la trachée, le pneumogastrique et les phréniques, car la moelle ne présentait pas de lésion.

Langenbeck n'applique le corset plâtré qu'aux enfants qu'il peut voir tous les jours, de crainte d'escarre. Mais il estime que la chloroformisation est utile parce qu'en empêchant des mouvements inopinés du petit malade, elle évite des accidents.

Dans la scoliose, il n'a pas eu de bons effets du corset de Sayre et n'emploie plus que l'appareil Taylor.

Au contraire, *Busch*, *Luecke*, *Schœnborn*, reconnaissent l'efficacité de ce corset dans la scoliose, où il permet d'obtenir une extension de 3 à 6 centimètres.

VII. — Aux consultations de la clinique de l'Université de Berlin, on a appliqué, dans l'espace de 18 mois, le corset plâtré de Sayre dans 183 scolioses et 22 cyphoses ou cypho-scolioses. En moyenne, il a fallu trois corsets par malade. Au dire de Sonnenburg, les résultats obtenus sont bien supérieurs pour la scoliose que pour la cyphose. Dans la scoliose, la méthode de Sayre l'emporte sur toute autre. Les corsets plâtrés ne déterminent jamais ni gêne respiratoire, ni escarres, ni atrophies musculaires, à la triple condition d'être bien appliqués, de ne pas les laisser trop longtemps et de mettre un temps de repos entre l'application de deux corsets. Mais Sonnenburg ajoute que le plus souvent le corset ne suffit pas à guérir la scoliose et qu'il faut y joindre une gymnastique méthodique.

Il a renoncé à traiter par la méthode de Sayre les ostéites vertébrales,

parce qu'il a cru voir que l'extension du rachis hâte la formation des abcès par congestion.

Voici, quant à l'application de la méthode de Sayre, les principes suivis à la policlinique berlinoise. Dès que par la suspension du malade on s'est assuré que la scoliose peut être au moins atténuée, on recourt au corset de Sayre. En l'appliquant, on laisse les épaules libres, ce qui, d'une part, abrège et facilite la suspension, qui n'a plus lieu que par la tête ; d'autre part, simplifie l'habillement des petits malades et leur permet de fréquenter l'école. Des deux côtés du rachis, on place des attelles en zinc qui empêchent la pression sur les apophyses épineuses et l'on matelasse avec de l'amadou les saillies osseuses. Au bout de cinq ou six semaines, on retire le corset. Pendant huit jours on donne des bains, puis on applique un second corset qu'on laisse aussi longtemps que le premier. Il s'est écoulé ainsi environ 12 semaines. Si à ce moment le redressement du rachis paraît suffisant, on fait faire un corset par le bandagiste. Sonnenburg donne la préférence aux corsets de cuir munis d'attelles en acier. En même temps on exerce les muscles par une gymnastique orthopédique. Deux ou trois mois plus tard, on revient au corset plâtré, et l'on continue ce traitement, alternant pendant un à deux ans.

Sonnenburg préfère le corset de Sayre aux corsets de feutre et de silicate, précisément à cause de son inamovibilité, grâce à laquelle le redressement et l'immobilisation du rachis sont poursuivis d'une façon continue et uniforme, jour et nuit.

E. Kuester, qui a appliqué le corset de Sayre dans 200 cas de déviation rachidienne, confirme les conclusions de Sonnenburg pour la scoliose, et les étend même à la cyphose. Dans cette dernière affection, l'extension du rachis n'a que des avantages, pourvu qu'elle soit modérée. A ce point de vue, contrairement à Langenbeck, il n'est pas partisan de chloroformiser les enfants atteints de cyphose, parce qu'alors on risque de dépasser le degré d'extension convenable.

J. Israël souscrit de tous points aux déclarations de Kuester. Comme lui, il a vu d'excellents effets du corset plâtré dans la cyphose. Il estime même que c'est le traitement souverain de la carie vertébrale. Seulement, le corset doit se borner à immobiliser la colonne au lieu de l'étendre, comme dans la scoliose. Quand il s'agit d'une carie des vertèbres lombaires inférieures, Israël comprend les cuisses dans l'appareil plâtré. Pour la scoliose, il est au contraire moins enthousiaste du corset de Sayre que Sonnenburg.

J. Wolff pense que pour le choix des appareils il y a lieu d'établir une distinction suivant l'âge des malades. Il réserve les appareils inamovibles pour les très jeunes enfants, de l'âge de 3 à 4 ans. Chez eux, la croissance du squelette est extrêmement rapide, et le corset plâtré fait sentir son action déjà au bout de 2 à 3 mois, avant d'exercer une influence fâcheuse sur les muscles. En revanche, chez les enfants plus âgés, il préfère les appareils amovibles au silicate, parce que le redressement du rachis réclamant plus de temps, il y a avantage à ne pas laisser les muscles s'atrophier et à négliger indéfiniment les soins que réclame la peau.

P. Gueterbock se loue surtout de l'emploi du corset de Sayre dans le

mal de Pott; son efficacité est déjà moins considérable dans la scoliose des adolescents. Enfin, dans la scoliose rachitique des jeunes enfants, il n'en a pas vu de bons résultats.

VIII. — En 1880, Furneaux Jordan (*The Lancet*, p. 905) a proposé pour le mal de Pott cervical l'appareil plâtré suivant :

Le malade étant couché sur une table, deux anses de diachylon sont placées l'une sur le menton, l'autre sur la nuque. On les relie par un étrier vertical de même nature, auquel on suspend un poids de 5 kilogr. pour effectuer l'extension de la tête pendant l'application de l'appareil. Après avoir coupé les cheveux du patient et matelassé de ouate les parties délicates, le plein d'une bande plâtrée, composée de 10 doubles, est placé sur le front, tandis que les chefs, contournant la tête, viennent s'entrecroiser sur la nuque, et sont ramenés ensuite sur le devant du cou, où ils se croisent au niveau du manubrium; ils sont enfin fixés sur le thorax au moyen d'un corset plâtré.

Beger s'est servi plusieurs fois, avec profit, de cet appareil; mais il est d'une application difficile, parce qu'on ne peut surveiller la nuque et que les doubles durcissent trop vite. En outre, l'extension avec le poids de 5 kilogrammes est aussi gênante pour le malade que la suspension verticale, qui est beaucoup plus commode pour l'application des appareils. Enfin Beger reproche à l'appareil anglais de se détériorer rapidement. Aussi lui a-t-il substitué l'appareil suivant :

Deux rubans de fer sont appliqués sur les tempes et sur les côtés du thorax au moyen de bandes plâtrées. Ces attelles métalliques verticales sont droites dans leur portion céphalique et touchent les tempes immédiatement en avant des oreilles. Plus bas, elles s'écartent du corps, en décrivant un arc convexe en dehors, avant de venir au contact du tronc, à 2 centimètres au-dessous des aisselles. Leur portion thoracique est tordue sur leur axe, de façon à ce qu'elles touchent le thorax par leur face. Les pièces thoraciques ont 12 centimètres de long. Deux bandes transversales en tôle flexible relient les attelles latérales, au niveau de la tête et du thorax, pour leur donner plus de rigidité sous l'appareil plâtré. Pour appliquer ce dernier, l'enfant est suspendu avec le dispositif de Furneaux Jordan, son siège touchant seul la table. Beger enroule d'abord des bandes de flanelle autour de la tête rasée et du thorax; puis, tandis qu'un aide fixe en position convenable les attelles métalliques, il entoure celles-ci de circulaires plâtrées, descendant à la tête jusqu'au-dessous de la protubérance occipitale, au thorax jusqu'au rebord costal.

Beger signale comme avantages de son appareil de laisser la nuque libre, de sorte qu'on peut ouvrir les abcès par congestion et qu'on n'a pas à redouter d'escarres. Le malade garde 8 semaines cet appareil.

IX. — A la clinique de Kœnigsberg, dirigée par Schœnborn, on emploie depuis 5 ans, pour traiter le mal de Pott cervical, un appareil que Falkson croit plus simple que celui de Beger. La suspension du malade est réalisée par le même procédé. Les circulaires plâtrées sont appliquées alternativement autour de la tête et du thorax, embrassant successivement le front et la région occipitale, le menton jusqu'à la lèvre inférieure, la poitrine jusqu'au-dessous des mamelons, et laissant libres seulement le haut de la tête, les oreilles et les mouvements des bras. L'appareil est renforcé par des bandes de chanvre plâtré qu'on dispose

aux deux côtés du rachis, autour du front, de l'occiput, du menton et de la nuque. Puis on termine par quelques tours de bandes plâtrées. Chez les enfants au-dessous de 6 ans, il faut 8 bandes de 5 mètres chacune. On laisse cet appareil en place de 5 à 8 semaines, et on le renouvelle tant que la pression sur le rachis et les mouvements de la tête sont encore douloureux, c'est-à-dire parfois pendant plusieurs années.

Comme l'appareil enveloppe le cou, il est des contre-indications à son emploi : abcès par congestion, plaies et fistules. En outre, il ne faut pas perdre de vue les malades ; ceux de la consultation doivent se présenter tous les deux jours. Quand on ne peut pas surveiller d'une façon suivie les malades, on a la ressource d'un appareil amovible bivalve au silicate.

X. — Dans la scoliose, Karewski emploie un appareil en treillis de fil de fer galvanisé ou étamé. Dans cette toile métallique tout à fait flexible, on taille deux gouttières ayant même hauteur que la taille du malade, et qui, en largeur, une fois assemblées, dépassent d'un quart la circonférence de ses hanches. L'une de ces gouttières est destinée à embrasser la face antérieure, l'autre la face postérieure du tronc ; on y pratique des échancrures pour le cou et les bras.

Le malade, revêtu d'un simple tricot, est suspendu pendant qu'on adapte exactement les deux gouttières avant de les maintenir par des bandes de flanelle.

Dans une séance ultérieure, lorsque les gouttières se sont bien moulées sur le corps, on substitue aux bandes de flanelle de la gaze silicatée, en ayant soin de garnir les bords des gouttières de diachylon pour éviter que le fil de fer ne blesse la peau.

Tous les malades préfèrent cet appareil au corset plâtré, parce qu'il est plus léger ; mais Karewski reconnaît qu'il exige plus de temps pour son application, 2 séances de 20 minutes au moins.

XI. — L'hospice orthopédique de la Suisse romande, ouvert à Lausanne en octobre 1876, a traité jusqu'ici 152 malades, dont 37 pour pied bot congénital, 21 pour paralysie infantile, 16 pour scoliose, autant pour genou cagneux, 13 pour flexion du genou consécutive à une arthrite aiguë ou chronique, 10 pour atrophie musculaire, 9 pour mal vertébral, 8 pour courbure rachitique, etc.

Dans le traitement de la paralysie infantile, Martin emploie concurremment les courants constants pour agir sur la moelle, les courants induits, le massage et les frictions stimulantes pour modifier les muscles ; enfin, les manipulations et appareils contre les déformations. Tous les enfants chez lesquels la déformation rendait la marche impossible ont leurs membres redressés.

La même médication est usitée contre l'atrophie musculaire.

Dans les cas de contracture, Martin, supprimant la faradisation et les frictions stimulantes, a recours aux autres agents thérapeutiques signalés plus haut.

Mais ici, de même que dans la paralysie, il faut persévérer quelquefois plusieurs années avant d'arriver à un résultat satisfaisant.

Dans les pieds bots, au lieu de débuter par la ténotomie et de placer le membre dans un appareil inamovible, Martin cherche d'abord à fortifier les membres comme dans la paralysie infantile, et à combattre leur ré-

traction au moyen des courants constants, des manipulations et du sabot de Venel, modifié par Jaccard. L'âge le plus favorable pour commencer le traitement est celui de 20 mois à 2 ans.

Pour les déviations rachidiennes dues à une simple flexion, il suffit d'agir sur le système musculaire à l'aide de la gymnastique, des bains, des douches et des toniques.

Contre les courbures de rachis par altérations osseuses, Martin recourt à la suspension de Sayre, au plan incliné avec pression latérale et aux corsets orthopédiques. Malheureusement les malades entrent à l'Institut à une période trop avancée de leur affection, aussi ne compte-t-on pas de guérison radicale.

Dans le mal vertébral, Martin préfère les corsets de feutre à ceux de plâtre, parce qu'ils sont plus légers et amovibles.

Contre les flexions du genou consécutives à des arthrites, il recourt à l'extension lente et continue au moyen d'un appareil spécial basé sur l'importance de laisser à l'articulation une certaine mobili é tout en la soustrayant au poids du corps. Comme médication adjuvante, il pratique des électrisations et des frictions. J. B.

XII. — Le principe de la méthode de l'auteur est le suivant : immobiliser le rachis tout en laissant libre le jeu du thorax et des mouvements respiratoires, et en permettant de nettoyer le malade, ce que l'on ne peut obtenir avec l'appareil de Sayre et les cuirasses plâtrées.

Il emploie une sorte d'attelle en cuir moulé, qui se modèle sur le rachis, et qui prend son point d'appui : 1° sur une sorte de ceinture pelvienne et abdominale ; 2° sur les épaules, au moyen de bretelles qui passent sous l'aisselle. La partie antérieure du corps est absolument libre, et la colonne vertébrale maintenue dans une position fixe, inextensible.

L'auteur publie plusieurs cas de succès par cette méthode. H. R.

XIII.— L'auteur a examiné au microscope 12 cas d'arthrite vertébrale. 9 fois il s'agissait d'arthrites suppurées, et dans tous ces cas il a constaté la nature tuberculeuse de l'affection rachidienne ; 8 fois il y avait en même temps de la matière caséeuse et 5 des malades ne présentaient pas d'autres localisations tuberculeuses.

Le siège le plus fréquent de l'arthrite vertébrale tuberculeuse est la région dorsale du rachis, tout spécialement la dixième vertèbre thoracique.

Sur les 3 cas d'arthrite vertébrale, le microscope n'a pas montré de tubercules; il s'en trouvait une fois dans le péricarde et deux fois il existait un travail de guérison commençant sous forme de transformation fibreuse de la moelle.

Feurer conclut que la masse des arthrites vertébrales sont des ostéites ou des ostéomyélites tuberculeuses et non des caries scrofuleuses. J. B.

I. — De la gangrène gazeuse, définition clinique, par D. MOLLIÈRE (*Lyon méd.*, 6 *novembre* 1881).

II. — De la gangrène gazeuse foudroyante, par TRIFAUD (*Rev. de chir.*, *octobre-novembre-décembre* 1883).

I. — Dans cette communication préliminaire, l'auteur insiste sur les caractères bien tranchés de la gangrène gazeuse, sur la constance de

certains symptômes, savoir : la douleur excessive au niveau du point inoculé, la dyspnée prémonitoire, l'emphysème envahissant, la coloration spéciale, la cadavérisation rapide de la peau, l'abaissement de la température au fur et à mesure de l'envahissement, l'accroissement de la dyspnée; enfin l'impossibilité (sinon absolue, mais très fréquente) d'amener l'ivresse alcoolique.

Partout où existe la coloration caractéristique jaune ictérique de la peau, on trouve le microbe, agent spécifique de l'infection et qui la rend facilement inoculable. L'étude de ce microbe a été faite par MM. Chauveau et Arloing (Voy. p. 424). A. C.

II. — Dans ce travail, l'un des plus complets sur cette question de pathologie intéressante et difficile, l'auteur a abordé avec détail chacun des points de la maladie : la première partie comprend l'historique et la discussion des différentes théories qui se sont élevées au sujet de la pathogénie de la gangrène.

La gangrène gazeuse foudroyante, qui, d'après M. Trifaud, serait plus justement dénommée septicémie gazeuse foudroyante, est une maladie spécifique, infecto-contagieuse, ayant pour origine un agent unique.

Outre quelques phénomènes prodromiques variables, elle offre des symptômes locaux et généraux.

Parmi les premiers, l'un des plus précoces et des plus constants est la douleur, qui présente toujours une haute signification et qui apparaît spontanément plus ou moins intense au niveau du point d'inoculation; bientôt se montrent l'œdème et l'emphysème sous-cutanés, qui gagnent rapidement; la coloration spéciale des téguments, qui revêtent une teinte bronzée, rappelant la couleur du bistre; l'analgésie et l'hypothermie de la région atteinte, et, finalement, sa cadavérisation rapide.

Comme symptômes généraux principaux, l'auteur signale l'abattement prononcé, la dyspnée prémonitoire, l'accélération du pouls et la chute de la température peu de temps après le début des accidents.

La maladie, que l'on doit regarder comme une complication hâtive des plaies, puisqu'elle apparaît du premier au troisième jour après l'accident, revêt deux formes cliniques, dont l'une est caractérisée dès le début par la prédominance des phénomènes locaux, et l'autre par l'irruption des symptômes généraux; M. Trifaud désigne la première sous le nom d'intoxication générale progressive, et la deuxième, sous celui d'intoxication générale foudroyante.

Après avoir décrit avec soin les altérations des tissus atteints par le traumatisme, et les modifications que l'on trouve dans les viscères, l'auteur se résume en disant que ces altérations toutes particulières sont différentes de celles qu'on observe dans la septico-pyohémie et dans les diverses espèces de gangrènes; et que dans tous les tissus infiltrés de gaz et de liquides, ainsi que dans le sang, on constate partout la présence de bactéries en voie d'évolution plus ou moins parfaite.

Cette bactérie, dont M. Trifaud donne la description, doit être assimilée à un ferment spécifique, qui est probablement la cause essentielle de la maladie; et, en se plaçant au point de vue pathogénique, on est ainsi amené à regarder la gangrène gazeuse foudroyante comme une affection parasitaire et, par conséquent, contagieuse et transmissible. A la seule cause déterminante, c'est-à-dire à l'inoculation et au développement

d'un microbe spécifique, s'ajoutent parfois quelques causes prédisposantes, inhérentes à la blessure, au blessé et au milieu. Ce sont, dit l'auteur, la disposition anfractueuse d'une plaie et sa production récente, la puissance énorme de l'agent vulnérant, l'alcoolisme chronique, l'encombrement et la contamination des objets de pansement.

Après avoir établi le diagnostic, M. Trifaud s'occupe, dans un dernier chapitre, du traitement; il préconise l'amputation hative. OZENNE.

I. — Ueber die Entwickelung und den Bau des Kropfes (Du développement et de la structure du goitre), par A. WÖLFLER (*Archiv für klinische Chirurgie, Band.* 29, *p.* 1 *et* 754, 1883).

II. — Beitrag zur Tetanie nach Kropfexstirpation (Contribution à l'histoire de la tétanie consécutive aux extirpations de goitre), par H. SCHRAMM (*Centralbl. f. Chir., n°* 22, 1884).

I. — Ce remarquable travail, qui ne contient pas moins de 210 pages de texte et de 19 planches hors texte, constitue un traité complet de la pathologie du corps thyroïde; on comprend, par conséquent, qu'il échappe à une analyse sommaire. C'est la continuation des études de Wölfler sur le corps thyroïde (*Ueber die Entwickelung und den Bau der Schilddrüse.* Berlin, 1880); du reste, les résultats principaux de cette étude, communiqués par l'auteur au congrès de Berlin de 1883, ont été analysés par la *Revue* (*R. S. M.*, XXII).

Après un coup d'œil sur l'histoire de l'anatomie du goitre, Wölfler décrit les diverses formes de goitre, qu'il range sous les chefs suivants : goitres congénitaux, hypertrophies du corps thyroïde, adénomes, cancers et sarcomes du corps thyroïde.

Les goitres congénitaux sont tantôt une simple hypertrophie du corps thyroïde, — l'auteur en a observé un cas, — tantôt des angiomes nés à la période de vascularisation lacunaire du développement de la glande, tantôt des dégénérescences kystiques et colloïdes des vésicules glandulaires, tantôt des goitres fibreux (Demme), tantôt enfin des adénomes congénitaux de la glande (W. Müller).

Les hypertrophies du corps thyroïde sont constituées par « l'hypertrophie et l'hyperplasie des acini ou des follicules glandulaires dans le sens du développement normal, ou par l'augmentation du contenu normal des vésicules glandulaires ». Elles se distinguent des adénomes en ce qu'on n'y rencontre pas de tissu embryonnaire, et que leurs vésicules, plus ou moins remplies de matière colloïde, sont nettement limitées par les vaisseaux sanguins et le tissu cellulaire. Wölfler en décrit deux variétés : l'hypertrophie parenchymateuse et l'hypertrophie gélatineuse, avec une forme mixte qui est la combinaison des deux.

Les adénomes du corps thyroïde sont des « néoplasmes épithéliaux procédant de formations glandulaires embryonnaires sans vascularisation typique, et qui tantôt persistent à l'état embryonnaire, tantôt se transforment en tissu glandulaire d'apparence normale. Beaucoup de ces tumeurs sont congénitales ; les autres se développent au moment de la puberté ou pendant la grossesse. Ils atteignent souvent un volume énorme, sont ordinairement bénins, mais peuvent donner lieu à des métastases et à des récidives. — Les adénomes établissent la transition,

parfois impossible à déterminer, entre les hypertrophies simples et les cancers. Wölfler en décrit plusieurs variétés : l'adénome fœtal, l'adénome gélatineux ou goitre colloïde avec deux sous-variétés, l'adénome interacineux et le cysto-adénome, l'adénome myxomateux, l'adénome cylindro-cellulaire (forme que l'auteur a observée pour la première fois), et l'adénome malin.

Le cysto-adénome se présente sous deux formes : le cysto-adénome interacineux et le cysto-adénome papillaire.

Les carcinomes de la glande thyroïde sont de trois espèces, à savoir : le carcinome alvéolaire, qui est la forme la plus fréquente, l'épithéliome à cellules cylindriques et l'épithéliome à cellules pavimenteuses. Celui-ci se développerait, d'après Wölfler, par l'inclusion d'une portion du feuillet externe du blastoderme dans la glande, au moment de la soudure des fentes branchiales.

Les sarcomes sont de variétés très différentes. L'auteur a observé et décrit minutieusement un cas de fibro-sarcome, un sarcome angio-caverneux à cellules fusiformes, un sarcome à cellules géantes, un sarcome alvéolaire angio-caverneux avec travées de fibres musculaires, et enfin un sarcome à cellules rondes.

La tuberculose du corps thyroïde est rare et semble toujours secondaire. On a observé des gommes du corps thyroïde. Les derniers chapitres sont consacrés à l'étude des thyroïdites, des inflammations, des hémorragies et des dégénérescences du goitre. Pour les goitres accessoires, l'auteur renvoie au travail de Madelung.

II. — On sait que, parmi les phénomènes nerveux qui peuvent être observés à la suite de l'extirpation du goitre, quelques observateurs ont signalé cette affection singulière qui porte le nom de tétanie. Weiss en a recueilli 13 cas dans son travail (*Sammlung Klin. Vorträge,* n° 189); 3 autres cas ont été publiés depuis par Reverdin et 1 par Szuman. A ces 17 observations, l'auteur ajoute 3 nouveaux faits qu'il a observés à la clinique chirurgicale de Mikulicz, à Cracovie. Chose remarquable, 2 de ces faits concernent des hommes, tandis que toutes les observations publiées jusqu'à ce jour se rapportaient à des femmes, le plus souvent des jeunes filles.

Les phénomènes nerveux, caractérisés surtout par des crampes douloureuses et des spasmes tétanoïdes des pieds et des mains, ont débuté une fois le 2e jour, une fois le 3e, une fois le jour même de l'opération. Deux fois les muscles innervés par le facial participèrent à l'affection. Dans un cas, l'affection disparut spontanément le 3e jour; dans les deux autres elle diminua rapidement sous l'influence du chloral, pour disparaître en 4 et 6 jours.

L'explication de ces phénomènes est obscure. Dans le cas de Weiss, qui s'est terminé par la mort, les lésions médullaires qu'on a constatées peuvent être considérées comme secondaires ; d'autre part, les modifications de la circulation cérébrale qui succèdent à la ligature des vaisseaux thyroïdiens sont trop passagères pour expliquer le développement de la tétanie. Il est à remarquer toutefois que cette complication n'est apparue qu'à la suite des extirpations totales; mais comme jamais elle ne s'observe à la suite des extirpations de tumeurs volumineuses du cou, pour lesquelles il faut cependant lier nombre de vaisseaux ; comme le

seul cas de cachexie qu'il ait observé s'est rencontré précisément chez un des opérés qui avait été atteint de tétanie, l'auteur n'accepte donc pas la théorie vasculaire, et pense que le corps thyroïde joue un rôle considérable dans l'organisme, et que sa suppression peut provoquer les troubles nerveux les plus graves ; de là la recommandation de ne pratiquer l'extirpation totale que lorsqu'une extirpation partielle sera absolument insuffisante. DE SANTI.

Der Kropftod durch Stimmbandlähmung (La mort dans le goitre par paralysie des cordes vocales), par J. SEITZ (*Arch. f. klin. Chir.*, *t.* 29, *fasc.* 1 *et* 2, *p.* 146).

A propos d'un cas de mort subite par asphyxie chez une jeune femme goitreuse, dans lequel l'autopsie ne fit voir qu'une légère tuméfaction, sans altération histologique, du nerf récurrent droit et sans ramollissement de la trachée, l'auteur recherche, avec un grand luxe d'érudition, les causes de la mort. Il admet une paralysie par compression des filets du récurrent qui animent les muscles dilatateurs de la glotte ou un spasme par irritation des muscles constricteurs.

Nombre de maladies diverses peuvent aboutir à ce résultat, telles les blessures du cou, la laryngite, le croup, la syphilis, le typhus, l'érysipèle, l'ataxie locomotrice, les tumeurs cervicales, etc..., et l'auteur en rapporte un grand nombre d'exemples empruntés à une bibliographie des plus riches. — Dans le goitre, la paralysie des cordes vocales est loin d'être un fait exceptionnel ; sur 285 cas de paralysies glottiques d'origine diverse, l'auteur en trouve 9 produits par des goitres, et Meyer-Huni en a trouvé 8 cas sur 114 goitres. Le plus souvent la paralysie porte sur les constricteurs de la glotte isolément.

Ce travail se termine par une intéressante étude comparée des méthodes de traitement du goitre, de leurs dangers et de leurs résultats.

DE SANTI.

Ein Fall von Spasm glottidis bei Struma. Exstirpation der Struma. Heilung (Un cas de spasme de la glotte dans un goitre ; extirpation du goitre ; guérison), par L. REHN (*Centralblatt für Chirurgie*, *n°* 13, *p.* 212, 1884).

L'auteur avait observé, 7 ans auparavant, un cas de mort subite chez une goitreuse de 30 ans, et la cause de cette mort lui était demeurée inexpliquée, quand il eut connaissance du mémoire de Seitz ; il ne douta plus alors avoir eu affaire à un spasme de la glotte ; un nouveau fait l'a confirmé dans cette opinion.

Un homme très vigoureux, porteur d'un goitre depuis deux ans, est pris d'attaques d'asthme, puis d'accès de suffocation d'une telle violence qu'il est obligé d'entrer à la clinique. Au bout de 8 jours de traitement par l'iodure de potassium, malgré une amélioration apparente, les accès ne cessent pas. L'opération est décidée. Dès les premières inspirations de chloroforme, nouvel accès, si violent qu'on se prépare à la trachéotomie ; heureusement, sous l'influence d'une piqûre de morphine, tout rentre dans l'ordre. — Extirpation facile sans anesthésie. La trachée n'offrait pas trace de ramollissement ; elle était seulement un peu déviée et aplatie latéralement. Le lobe gauche du goitre plongeait comme un coin dans le thorax et reposait directement sur la crosse de l'aorte. L'opéré sort guéri au bout de 14 jours. Il s'agissait d'un

goitre fibreux du volume des deux poings, renfermant une cavité kystique volumineuse.

Rehn pense que la compression du pneumo-gastrique sur la crosse de l'aorte par le lobe gauche de la glande n'a pas été étrangère à la genèse du spasme de la glotte. DE SANTI.

Zur Kropfbehandlung (Du traitement du goitre, par OBALINSKI, de Cracovie (*Centralblatt f. Chirurgie, n° 9, p. 140*).

Il s'agit d'un homme de 45 ans, porteur d'un goitre volumineux qui avait déjà été traité sans résultat par les injections interstitielles de teinture d'iode.

La tumeur, datant de 5 ans, était multilobulée et paraissait composée d'un goitre médian, du volume du poing, et de tumeurs accessoires du volume d'un œuf, situées derrière la clavicule droite et le sterno-mastoïdien gauche. On diagnostiqua un goitre du corps thyroïde avec participation des glandes accessoires.

La gêne de la respiration étant considérable, Obalinski fit une nouvelle injection interstitielle, puis extirpa le goitre principal par une incision en V.

La tumeur renfermait déjà du pus. Pansement au sublimé. Les tumeurs accessoires furent conservées. Mort, 12 jours après, de pyohémie.

L'autopsie fit voir que la cause de la pyohémie était la suppuration des goitres accessoires. Or, comme toutes les précautions antiseptiques avaient été prises, comme d'autre part il existait déjà du pus dans le goitre principal au moment de l'opération, l'auteur pense que les injections parenchymateuses antérieures avaient déposé dans la glande des germes infectieux auxquels le voisinage d'une grande plaie a donné une activité nouvelle.

Il en conclut que les injections parenchymateuses de teinture d'iode ne sont pas toujours inoffensives et que l'extirpation précoce du goitre, préconisée par plusieurs auteurs, est une opération justifiée. DE SANTI.

Die Beziehungen der Schilddrüse zu den weiblichen Geschlechtsorganen (Des relations de la glande thyroïde avec les organes génitaux de la femme), par W. FREUND (*Deutsche Zeitsch. für Chirurgie, Band. XVIII, p. 214, 1883*).

Le goitre congénital est relativement assez fréquent. Il peut donner lieu à de la dystocie et à des accidents respiratoires chez le nouveau-né. Ces derniers sont heureusement combattus en mettant pendant un certain temps la tête de l'enfant dans l'hyperextension.

La glande thyroïde augmente au moment de l'établissement de la puberté, de même qu'on doit observer un accroissement de sa vascularisation aux époques menstruelles; l'auteur cite à ce propos un fait de Schönlein : cet auteur observa une jeune fille de 16 ans réglée depuis 2 ans et dont la menstruation se supprima à la suite d'un refroidissement; il se développa rapidement un goitre qui en 2 mois acquit un volume considérable. Tout le monde connaît l'influence de la grossesse sur l'hypertrophie de la glande thyroïde.

L'auteur a constaté un accroissement du même organe pendant l'accouchement; ce n'est que de 12 à 24 heures après qu'il diminue de nouveau. La lactation peut donner lieu aux mêmes phénomènes, mais d'une façon moins constante. Mais ce n'est pas seulement à l'état physiologique que les organes génitaux réagissent sur la glande thyroïde. Il est démontré que la maladie de Basedow atteint surtout les femmes pendant la période sexuelle. Les causes prédisposantes sont le développement de la

puberté, la grossesse, la lactation et certains états pathologiques des organes génitaux, parmi lesquels l'auteur cite en première ligne la paramétrite chronique atrophiante. E. SCHWARTZ.

Die Struma retropharyngo-œsophagea (Le goitre rétro-pharyngo-œsophagien), par C. KAUFFMANN (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XVIII, p.* 255, 1883).

Le premier travail d'ensemble sur cette question est dû à Ruhlmann.

L'auteur a réuni 9 cas de goitres rétro-pharyngo-œsophagiens, c'est-à-dire de tumeurs de la glande thyroïde s'étant développées vers la partie profonde du cou et s'insinuant entre la colonne vertébrale et le conduit pharyngo-œsophagien.

7 ont été observées sur les vivants, 2 ont été trouvées sur le cadavre de gens morts de toute autre maladie ; ils sont dus au professeur Langhans, de Berne.

Les autres appartiennent à Lotzbeck, Braun, Huber, Ruhlmann, Kocher et Kauffmann.

Je laisse au lecteur le soin de consulter les 6 observations qui sont résumées pour n'insister que sur le fait de Kauffmann, qui est décrit tout au long.

Une jeune fille de 21 ans remarquait depuis 3 semaines qu'elle avait de la difficulté pour avaler les aliments solides, et un peu d'oppression en montant les escaliers. La veille de son entrée à l'hôpital, la difficulté devint de la douleur, et elle fut prise pendant la nuit d'un accès de suffocation.

Actuellement respiration facile, mais grande difficulté pour avaler ; les mouvements de déglutition sont douloureux : à la vue et à la palpation, on trouve reposant sur la partie antérieure du cou, au niveau du cartilage cricoïde, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, ronde et dure, qui se laisse déplacer en haut et de côté et suit les mouvements d'ascension du tube laryngo-trachéal. A gauche, aucune hypertrophie de la glande thyroïde ; à droite, la région est un peu bombée et soulevée par des battements artériels de la carotide externe entre l'angle de la mâchoire et le bord antérieur du sterno-mastoïdien.

En faisant largement ouvrir la bouche, on découvre sur la paroi postérieure du pharynx une saillie assez notable où la muqueuse est rouge ; le toucher avec le doigt nous fait constater une tumeur grosse comme une prune, dont le bord supérieur atteint celui de l'épiglotte comme niveau et qui descend à 5 centimètres au-dessous.

Elle est franchement limitée à gauche, tandis qu'il n'en est pas de même à droite, où elle se continue avec une sorte de dureté arrondie que l'on ne peut pas suivre. La muqueuse n'est pas adhérente, elle est lisse et intacte. La consistance est résistante et mollasse en certains points.

La tumeur suit fidèlement les mouvements du tube laryngo-trachéal, à chaque déglutition. Elle se laisse déplacer à droite, mais pas à gauche, et il est possible, en la repoussant à droite le plus possible, de la sentir à l'extérieur sous forme d'une grosseur un peu diffuse immédiatement en arrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire. Celle-ci se continue très manifestement avec le lobe droit hypertrophié du corps thyroïde.

Depuis 6 ans la malade sait qu'il lui pousse dans le cou quelque chose qu'elle croit être une glande. La voix s'est modifiée et a pris le timbre amygdalien depuis 2 ans. Les troubles de la déglutition ne datent que de 3 semaines ceux de la respiration de la dernière nuit.

Kauffmann, d'après ces signes, posa le diagnostic : goitre kystique rétro-œsophagien.

Il ordonna à la malade de l'iodure de potassium. La tumeur ayant plutôt augmenté et la malade désirant en être débarrassée, il en fit l'extirpation le 19 avril 1882.

Après avoir fait une incision de 11 centimètres le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, qui coupa la peau, le peaucier et l'aponévrose, il tomba sur le muscle omo-thyroïdien et au-dessous de lui sur un gros tronc artériel, celui de la thyroïdienne supérieure. On coupa le muscle et on jeta un fil sur le vaisseau pour une ligature éventuelle, on mit alors à découvert le lobe droit de la glande, et son isolement fut très difficile à cause de la richesse vasculaire de la région; il dura 2 heures et nécessita 50 ligatures : on lia l'isthme du corps thyroïde ; le lobe droit se continuait avec la tumeur rétro-pharyngienne par l'intermédiaire d'un prolongement épais comme le pouce, on tira sur lui et on énucléa très facilement le petit goitre rétropharyngien. Toute l'opération dura 3 heures.

Les suites furent très heureuses ; tout se passa sans accidents, grâce aux précautions prises et au pansement antiseptique, et la malade quitta l'hôpital le 28 avril, soit 8 jours après l'opération.

Revue le 15 mai, elle montra une cicatrice linéaire très peu visible. La respiration et la déglutition sont très faciles, la voix est plus forte, son état général est excellent.

La tumeur examinée par Kauffmann était un goitre parenchymateux avec un gros kyste renfermant un liquide brunâtre épais comme du miel ; le kyste constituait presque toute la partie rétro-œsophagienne.

Les 2 cas de Langhans sont remarquables en ce qu'ils ne donnèrent lieu à aucun trouble fonctionnel accusé pendant la vie, malgré l'intensité de la compression et du rétrécissement de l'œsophage.

Langhans a trouvé 2 autres faits de goitre constricteur, chez un nouveau-né et chez un adulte et qui enveloppaient la trachée et l'œsophage. Ce ne sont pas là des goitres rétro-pharyngo-œsophagiens à proprement parler.

Sur les 9 cas cités par Kauffmann, 8 sont des tumeurs développées aux dépens de la corne postérieure d'un ou de deux lobes thyroïdiens; une seule fois le goitre s'était formé dans une glande thyroïde accessoire. Ces glandes accessoires ont été particulièrement très étudiées par W. Gruber et Madelung.

Leur volume n'a pas dépassé celui d'une prune ou d'une pomme, et toujours dans les 8 cas déjà cités, la tumeur était rattachée au lobe thyroïdien correspondant par l'intermédiaire d'un gros pédicule.

Généralement elle est de nature bénigne et souvent kystique.

Tandis que Ruhlmann croit que le goitre rétro-œsophagien n'est autre que le développement pathologique d'un prolongement acquis ou d'une thyroïde accessoire, Kauffmann pense que c'est toujours aux dépens d'une excroissance congénitale que se constitue la tumeur rétro-viscérale.

Ces excroissances congénitales sont les unes supérieures, les autres inférieures, si bien qu'il existe non seulement des goitres rétro-œsophagiens supérieurs, siégeant au niveau de l'union de l'œsophage et du pharynx, mais encore des goitres rétro-œsophagiens inférieurs qui ne sont en rapport qu'avec l'œsophage et la trachée.

Les symptômes du goitre rétro-pharyngo-œsophagien sont variables suivant les cas. Deux des cas rapportés par Kauffmann n'ont présenté

aucun signe appréciable; mais tous les autres se sont manifestés par les troubles de la déglutition, de la respiration et même de la phonation. C'est en se basant sur ces accidents et sur l'existence d'une tumeur profonde du cou et du pharynx en connexion avec le corps thyroïde que se pose le diagnostic de l'affection.

C'est cette connexion qui permet de différencier le goitre rétro-pharyngo-œsophagien des abcès froids rétro-pharyngiens et des tumeurs solides de la région.

Le pronostic ressort de tout ce que nous avons déjà exposé.

Quant au traitement, il consiste dans l'extirpation non seulement de la tumeur rétro-pharyngienne, mais encore du lobe thyroïdien qui la supporte d'ordinaire pour peu que ce dernier soit un peu volumineux ou ait une tendance à grossir. E. SCHWARTZ.

Ein Ladestork im Gehirn. Heilung (Baguette de fusil dans le cerveau. Guérison par G. FISCHER (*Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie, Band XVIII, p.* 411, 1883).

Un jeune homme de 17 ans, en posant à terre sa carabine dont le chien était ouvert, et qui contenait encore la baguette, reçut cette dernière dans le crâne de telle façon qu'entrant par la partie postérieure de la nuque au niveau de la quatrième vertèbre cervicale droite, elle dépassait de 30 centimètres la calotte crânienne à gauche. Des assistants essayèrent de l'extraire en tirant sur le bout crânien; ils ne firent que la fixer davantage. Le bout le plus mince étant celui sur lequel on tirait, le bout le plus gros était muni d'un bouton qui aurait empêché toute extraction par le crâne, et qui était caché dans la plaie rétrocervicale.

Le blessé eut immédiatement des signes de commotion qui se dissipèrent peu à peu. Fischer conclut à l'indication de l'extraction immédiate en faisant parcourir à la baguette le chemin inverse.

Après avoir essayé de trouver le bout inférieur en faisant une incision à la région cervicale latérale et constaté l'inanité de sa tentative, il agrandit la plaie crânienne tout autour de la baguette, à l'aide de la gouge et du maillet, et frappant à coups de marteau sur le corps étranger, il le repoussa de haut en bas. Celui-ci se montra alors au fond de la plaie d'entrée où il n'avait pu être senti tout d'abord, et surtout saisi même avec les tenailles les plus longues. On eut soin de nettoyer toute la partie qui devait retraverser l'encéphale et de la laver avec une solution forte d'acide phénique. La baguette fut extraite par la plaie de la nuque, sans aucun accident immédiat, tel qu'hémorragie. Le blessé était néanmoins sans connaissance pendant toute la durée du temps que demanda l'extraction.

Les suites furent relativement simples; le blessé eut de l'amaurose de l'œil droit, un écoulement de liquide céphalorachidien par la narine droite, mais aucun signe de méningo-encéphalite. Les plaies étaient tout à fait guéries le 18e jour.

Fischer pense que la baguette entamant la base du crâne au niveau de la fosse sphéno-maxillaire, l'avait traversée, avait fissuré le canal du nerf optique et donné lieu à de l'atrophie de celui-ci, fissuré aussi la lame criblée de l'ethmoïde, puis pénétré dans le lobe frontal gauche.

Tous les gros vaisseaux et nerfs du cou avaient été laissés intacts lors du passage du corps étranger. E. SCHWARTZ.

Beitrag zu den Schussverletzungen des Gehirns (Contributions à l'étude des plaies par armes à feu du cerveau), par DOUTRELEPONT (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. XVIII, p.* 365, 1883).

L'enkystement de balles dans le cerveau est chose rare; c'est à ce titre que l'auteur rapporte l'observation suivante :

Un maître d'école se tira en 1877, à l'aide d'un revolver de petit calibre, un coup dans la bouche, et cela fait, retourna chez lui en parcourant un assez long chemin. L'on constata une petite plaie au niveau de la partie gauche du palais osseux; une sonde introduite pénétra dans l'antre d'Highmore ouvert par le coup de feu; mais on ne trouva pas d'orifice de sortie. Aucun signe, si ce n'est de la douleur dans le fond de l'orbite gauche et de la céphalalgie. L'œil gauche ne pouvait se tourner en dehors et son acuité visuelle était abolie.

Somme toute, tout cela guérit en très peu de temps, et le malade fut perdu de vue. Il se représenta 4 ans 1/2 après, atteint cette fois de tuberculose pulmonaire et mourut. L'autopsie fit constater, au point de vue de la blessure, les faits suivants :

Le trajet de la balle guéri traverse le palais, l'antre d'Highmore, la partie postérieure de l'orbite où rien n'est lésé, défonce la paroi orbitaire soulevée vers la cavité crânienne; les fragments osseux forment une saillie au milieu de la fosse orbitaire et sont soudés à la dure-mère. Le lobe frontal montre un enfoncement infundibuliforme brunâtre d'où part un trajet qui le traverse, et va aboutir à la faux du cerveau. C'est là que se retrouve la balle enkystée dans du tissu fibreux.

L'absence d'inflammation est mise par Doutrelepont sur le compte de l'asepsie du trajet par suite de son étroitesse, de sa longueur et de la fermeture hâtive de la plaie buccale.

Une autre observation due au docteur Masson concerne un individu qui reçoit une balle de revolver dans le front; pas de plaie de sortie : la plaie d'entrée située à droite laisse écouler de la matière cérébrale. Tous les signes se sont réduits à quelques vomissements dès le début, à de la lourdeur de la tête et à du vertige quand il cherchait à se soulever sur son séant. Le blessé guérit; les seuls inconvénients qu'il conserve sont l'impossibilité de rester couché sur le côté droit, à moins d'avoir du vertige qu'il ressent aussi quand il veut soulever un poids ou se baisser; de plus, li éprouve une douleur dans l'oreille droite quand le temps change.

E. SCHWARTZ.

A case of lightning stroke (Un cas d'image produite par la foudre), par J.-Yule MACHAY (*Glasg. Med. Journ.*, p. 331, 1883).

Le 9 juin 1883, sur les 11 heures du matin, quatre enfants sont frappés par la foudre à la porte d'un hangar, sous lequel ils s'étaient réfugiés. Tous les quatre ressentent une violente commotion avec perte de connaissance, et, ont à la suite, une paralysie incomplète des mouvements. Chez tous également on put observer le phénomène si curieux et mal connu d'images arborescentes cutanées. Chez l'enfant dont l'auteur rapporte l'observation détaillée, des images ramifiées, finement arborescentes, couvraient le bras gauche, du coude à l'épaule, ainsi que le côté correspondant du tronc. Ces images, d'un rouge assez vif, formaient une légère saillie, et conservèrent leur éclat pendant plus de deux heures. Puis l'intensité de leur coloration s'atténua, bien qu'à trois heures de l'après-midi, moment où elles furent photographiées, elles

fussent encore très nettes. A 7 heures du soir, on les distinguait à peine : le lendemain matin, il n'en restait plus trace.

L'auteur joint à la photographie de son malade les dessins déjà publiés par Rindfleisch et Stricker, et discute les théories émises par les différents observateurs. Il rejette naturellement l'idée ancienne, qui attribue ces images à la reproduction photographique des objets ou arbres voisins. D'après lui, l'aspect arborescent est dû au mode de diffusion du courant électrique à la surface de la peau, et la rougeur à la coagulation du sang dans les capillaires au niveau des points parcourus par l'étincelle électrique. A. CHAUFFARD.

OPHTALMOLOGIE.

Ueber Association von Geschmaks und Geruchsempfindungen mit Farben und Association von Klängen mit Formvorstellungen (De l'association des sensations olfactives avec des couleurs, et des sensations auditives avec la vue de certains objets), par Richard HILBERT (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., janvier* 1884).

Les faits de sensations doubles sont encore rares dans la littérature ; cependant on en a rassemblé 86 et le cas de l'auteur serait le 87e.

Il s'agit d'une jeune fille de 24 ans, sans antécédents héréditaires ou acquis, nullement nerveuse. Dès son enfance, elle a éprouvé des sensations doubles associées, tandis que dans sa famille le fait n'a pas été observé. (L'hérédité cependant jouerait un grand rôle d'après Bleuler et Lehmann.)

Ce ne sont que les odeurs désagréables qui provoquent chez elle des sensations de couleur ; la malade ne peut donner aucun renseignement sur l'effet produit par les odeurs agréables ; mais peut-être dans son enfance ont-elles eu une influence, alors que les sensations associées étaient plus intenses. Ces effets se produisent surtout lorsque la malade n'y prête pas d'attention ; elle ne peut, au contraire, les provoquer par aucun effort de volonté.

Ainsi l'odeur d'une bière peu appétissante provoque la sensation du brun ; une autre sorte de bière lui fera voir du gris ; l'odeur du jus brûlé provoque la sensation d'un brun sale ; l'odeur du vieux fromage, donnera du brun verdâtre, etc. En général, les odeurs faibles donnent des nuances claires, tandis que les odeurs intenses provoquent la vue de nuances plus sombres.

Le fait d'entendre jouer du piano rappellera à cette malade la forme de personnes qu'elle n'a jamais vues, et réciproquement la vue de certaines personnes, provoque chez elle des sensations auditives, de mélodies qu'elle n'a jamais entendues.

Toutes ces sensations paraissent avoir été plus intenses pendant l'enfance, et se seraient émoussées avec l'âge. ROHMER.

Représentation du champ visuel, par HILBERT (*Arch. of Opht. New York, septembre-décembre*, 1883).

Les champs visuels tracés sur la planche sont les plus utiles aux praticiens.

On ne peut obtenir une configuration absolument correcte du champ visuel qu'avec le périmètre de Sherk.

Les champs visuels inscrits sur les cartes périmétriques sont complètement défigurés.

Les angles qui appartiennent aux champs visuels tracés sur la planche peuvent être calculés sans aucune difficulté et permettent de construire aisément la projection en surface de ces champs visuels.

La projection de la macula doit être le centre du champ de la vision.

A. TROUSSEAU.

Bewirkt die mechanische Reizung des Sehnervenstammes die Auslösung einer Lichtempfindung? (L'excitation mécanique du tronc du nerf optique provoque-t-il une sensation lumineuse ?) par LANDESBERG (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., janvier* 1884).

Le point de départ de ces recherches fut l'observation d'un individu à qui l'auteur avait énucléé l'œil quelque temps auparavant et dont le tronc du nerf optique baignant dans une nappe de pus, pouvait être excité avec un stylet; chaque attouchement provoquait une sensation douloureuse des plus intenses, mais jamais le malade n'accusa de sensations lumineuses.

Les recherches portèrent sur 28 personnes chez lesquelles le nerf optique était resté sensible; 11 doivent être éliminées comme n'ayant pu rendre compte de leurs sensations. Agissant avec précaution sur les 17 autres, afin d'éviter les erreurs, l'auteur prétend que presque toujours l'excitation de la section du nerf optique a provoqué non une sensation lumineuse, mais simplement de la douleur; trois ou quatre malades seulement perçurent des éclairs ou des sensations lumineuses quelconques.

ROHMER.

I. — Ueber die schnellste, einfachste und zuverlässigste Methode zur Entdeckung der Farbenblindheit (La méthode de diagnostic à la fois la plus rapide, la plus simple et la plus sûre pour le daltonisme), par Hermann COHN (*Berlin. klin. Woch., n°* 19, *p.* 265, 9 *mai* 1881).

II. — Das Verhalten der Farbenblinden gegenüber den Erscheinungen der Fluorescenz (Les daltoniens et la fluorescence), par Richard HILBERT (*Kœnigsberg*, 1882).

I. — Cohn établit 3 genres parmi les méthodes usitées en pratique :

1° Les épreuves de *triage*, d'invention allemande (Seebeck, 1837) mais modifiées par Holmgren (*R. S. M.*, VI, 291). Au congrès ophtalmologique d'Heidelberg, en 1878, Cohn avait soutenu la supériorité de cette méthode. Depuis qu'au lieu d'avoir à examiner des écoliers, il a affaire à des adultes dont l'intelligence est plus développée, Cohn est obligé

de convenir avec Stilling et Michel que la méthode d'Holmgren n'est pas suffisamment sûre.

Il en est de même de l'emploi des 18 poudres colorées dont Cohn est l'auteur, même avec l'augmentation de nombre que leur a fait subir Mauthner. D'ailleurs beaucoup de ces poudres sont toxiques, et l'épreuve réclame trop de temps.

Les épreuves fondées sur le triage ont un autre défaut que Mauthner et Stilling ont déjà signalé. Elles supposent non seulement du discernement mais encore du goût chez la personne examinée, et elles exigent une explication préliminaire que la personne comprend ou non. De la sorte, des méprises peuvent être commises par simple bêtise qu'on rapporte à tort à un daltonisme.

Enfin ces épreuves ne sont pas applicables en cas d'éclairage artificiel.

2° Les épreuves de *contraste* (contraste successif de Schirmer ; contraste simultané (ombres colorées de Stilling, épreuves de Ragona Scina (*R. S. M.*, XV, 631) ; crêpe de Meier, Weber et de Pflüger) sont impraticables pour les examens en masse ;

3° Les épreuves *pseudo-isochromatiques* dues à Stilling. L'imperfection des premières tables typographiques a engagé Cohn à y substituer des lettres brodées à la laine (*R. S. M.*, XV, 631), Donders, 24 baguettes entourées de laines pseudo-isochromatiques ; et Mauthner, 34 poudres pseudo-isochromatiques. Mais aucun de ces procédés n'est à l'abri d'erreurs, et pendant ce temps Stilling a perfectionné ses tables imprimées.

La table n° 1 est formée de lettres roses sur fond gris. Cohn ne la recommande point, parce qu'elle peut être lue par des daltoniens avérés.

La table n° 2, formée de lettres rouges, sur fond brun est en revanche irréprochable. Elle n'est plus brillante ni transparente contre la lumière, comme dans les précédentes éditions.

Toute personne qui ne peut pas lire les lettres de cette table n'a pas un sens des couleurs normal. Pour les illettrés, Cohn voudrait y remplacer les lettres par des chiffres arabes. En outre il recommande de présenter la feuille perpendiculairement ou obliquement, et non horizontalement.

La table n° 3 est formée de lettres roses sur fond vert. Elle est destinée à l'examen préalable. Les couleurs sont si tranchées que tous les daltoniens peuvent la lire ; c'est donc un moyen de dévoiler les simulateurs.

Sur 108 individus que les tables de Stilling avaient montrés affectés de daltonisme, d'après Schmitz 14 ont franchi sans broncher l'épreuve d'Holmgren.

L'épreuve de Stilling est également précieuse pour diagnostiquer l'atrophie optique à ses débuts, et partant le tabès.

En terminant, Cohn réclame l'introduction officielle de la table 2 de Stilling en remplacement des autres épreuves jusqu'ici adoptées pour déceler le daltonisme.

II. — L'auteur a étudié la façon dont se comportent les individus atteints de daltonisme quand on les met en présence de phénomènes de fluorescence.

Voici le résultat de ses recherches.

Les daltoniens ne reconnaissent la fluorescence qu'autant qu'elle se produit avec des couleurs qu'ils sont en état de percevoir.

Chez des personnes possédant un sens des couleurs normal, les corps fluorescents produisent un allongement du spectre. Chez les daltoniens, ce spectre reste raccourci comme toujours.

L'auteur pense qu'on pourrait utiliser la connaissance de ces faits au diagnostic de la cécité des couleurs. En effet, les individus affectés de daltonisme total ne peuvent reconnaître les phénomènes de fluorescence dans aucune substance ; les aveugles pour le rouge et le vert ne les perçoivent que pour les substances bleues ou jaunes et *vice versa*. J. B.

Die Augen der Zöglinge der Taubstimmenanstalt in Gerlachsheim (Grossh, Baden) (Les yeux des enfants sourds-muets de l'établissement de Gerlachsheim (grand duché de Bade), par H. SCHÄFER (*Centralb. f. prakt. Augenheilk.*, *mars* 1884).

Les recherches portèrent sur 95 enfants, 52 garçons, 43 filles, à l'aide des échelles de Snellen et de Mayerhausen, à 5 mètres de distance.

A côté de cas très nombreux d'emmétropie et d'hypermétropie, on trouva très peu de myopes, dont le nombre et le degré de myopie augmentent avec l'âge. Les déterminations optométriques de la réfraction montrent le chiffre des emmétropes égal à peu près à celui des hypermétropes ; tandis qu'à l'ophtalmoscope, on trouva l'hypermétropie trois fois plus fréquente que l'emmétropie.

Il est intéressant de noter que les anomalies de la réfraction étaient toujours très faibles. Sur 7 myopes, un seul avait une myopie congénitale excessive de 14 D ; chez les hypermétropes les degrés extrêmes furent — 4,5 D et — 7 D.

Quelques cas aussi d'astigmatisme simple et composé ; notons aussi 5 cas d'anisométropie.

L'acuité visuelle, généralement très bonne, fut trouvée normale chez 80 enfants.

L'accommodation est meilleure encore ; car, seul, un enfant de 15 ans avait un spasme de l'accommodation (opsom. M1D, ophtalm. H4 — 4,5D). L'auteur admet aussi la concomitance de la rétinite pigmentaire avec la surdité congénitale, faits déjà signalés par Liebreich et Hocquard. R.

I. — De la myopie congénitale, par F. HORNER (*Revue médicale de la Suisse romande, I, p.* 4).

II. — Untersuchungen über Myopie und Hypermetropie, par R. SIGISMUND (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 18, *p.* 255, 2 *mai* 1881).

III. — Zur Entstehungsweise der Netzhautablösung bei Myopie (Sur le mode de production du décollement de la rétine chez les myopes), par UNTERHARNSCHEIDT (*Idem, n°* 40, *p.* 585, 3 *octobre* 1881).

I. — La myopie congénitale, bien qu'extrêmement rare, a été mise hors de doute par les recherches d'Ely (*Archiv f. Augenheilk.*, IX), qui a trouvé 11 0/0 de myopes chez des nouveau-nés.

Son existence est prouvée également par l'étude des cas d'anisométropie avec développement inégal des deux moitiés du crâne et de la face.

Lorsque l'anomalie est bien prononcée, du côté de l'œil myope, la face est allongée et étroite, le front est étiré, l'arcade sourcilière est à la fois très saillante et très convexe en haut. Au contraire, du côté correspon-

dant à l'œil hypermétrope, la face est courte, aplatie et élargie, le nez forme une concavité et l'arcade sourcilière est plate et presque rectiligne.

Les faits semblables s'observent surtout chez les enfants dont les parents avaient des degrés de réfraction différents.

En outre, on rencontre parfois dans les campagnes des enfants excessivement myopes, à yeux rapprochés, à front extrêmement étroit, à crâne comme comprimé latéralement et tiré en longueur.

Horner a été consulté par un jeune homme pour des douleurs ressenties dans l'œil droit, qui ne possédait pourtant plus que des traces de sensations lumineuses, grâce à des lésions multiples : cataracte polaire postérieure, sclérectasies nombreuses au point où les vaisseaux ciliaires traversent la sclérotique; excavation de la papille; atrophie de la choroïde, etc. Le globe oculaire était très volumineux, la myopie de 8 dioptries au moins. Du même côté, il existait une hypertrophie de la face; la fente palpébrale était de 1 centimètre plus longue qu'à gauche, les paupières étaient éléphantiasiques; la langue et les os étaient également plus volumineux. La myopie de l'œil gauche, égale à 4 dioptries, s'était seulement développée dans les dernières années.

II.—D'après Sigismund, l'entrecroisement des nerfs optiques au niveau de la selle turcique n'a d'autre but que d'empêcher le tiraillement des nerfs quand la convergence des axes oculaires est très prononcée. Toutes les fois que les segments antérieurs des yeux convergent vers la ligne médiane, il se produit, en effet, au niveau des segments postérieurs, un mouvement d'égale étendue en sens inverse qui distend le nerf optique à son point d'insertion sur le bulbe oculaire. Chez les individus prédisposés, cette distension finit par entraîner l'élargissement du pôle postérieur de l'œil, le staphylome postérieur et la myopie.

Chez les hypermétropes, le développement de la myopie ne peut être considéré comme un mal.

III. — Unterharnscheidt croit qu'un certain nombre de décollements rétiniens survenant dans la myopie tiennent à des efforts exagérés d'accommodation et s'expliquent par le mécanisme suivant. Lorsque le muscle ciliaire est subitement relâché, après avoir été contracté très énergiquement, comme cela arrive en cas de lunettes défectueuses ou de rapprochement excessif des objets, forcé par l'existence d'opacités dans les milieux dioptriques, il en résulte une diminution instantanée de la tension du corps vitré, laquelle ne peut pas toujours être compensée par une rétraction concentrique équivalente de la capsule de l'œil, si celle-ci a, pour quelque raison, perdu de son élasticité. Alors il y a séparation des connexions déjà relâchées de la rétine distendue avec la choroïde.

Unterharnscheidt ne prétend pas, d'ailleurs, dire que le décollement rétinien s'opère immédiatement sur une étendue un peu considérable. Il peut même n'être pas visible à l'ophtalmoscope. Ce sont les efforts subséquents d'accommodation qui le compléteront. Mais leur tâche est singulièrement facilitée par les processus de diffusion des liquides intraoculaires, par la résorption de l'humeur vitrée et la formation d'une hydropisie sous-rétinienne, qui sont la conséquence de la diminution passagère de tension et de volume du corps vitré.

De cette manière de voir, découlent certaines conséquences pratiques :

Pour prévenir le décollement rétinien chez les myopes, il faut les soustraire à tout travail d'accommodation superflu et, partant, renoncer à l'usage des verres concaves, correcteurs pour la vision de près. Tant que le myope peut encore lire à la distance de 8 pouces, on déconseillera l'emploi des lunettes. Si la myopie est plus considérable, on ne la corrigera que juste assez pour rendre la lecture possible à 8 ou 10 pouces.

Pour traiter le décollement lui-même, il faut éviter l'ésérine et employer au contraire l'atropine, qui repose l'accommodation. De plus, il ne faut pas enlever brusquement le bandeau compressif, et on n'en doit prolonger longtemps l'usage qu'à condition de le relâcher peu à peu. J. B.

Streptothrix Foersteri im unteren Thränenröhrchen (Présence du Streptothrix de Fœrster dans le conduit lacrymal inférieur), par GOLDZIEHER (*Centralb. f. prakt. Augenheilk.*, *février* 1884).

Sur un enfant de 6 ans, l'auteur trouva sur la paupière inférieure, près de l'angle interne de l'œil, une petite tumeur analogue à un chalazion, située le long du canal lacrymal inférieur. Les symptômes étaient ceux de l'oblitération du conduit. La tumeur fendue laisse échapper une petite concrétion de la grosseur d'un pois, d'un blanc jaunâtre, dure. La guérison s'ensuivit. Babés, qui fit l'examen microscopique, trouva que cette masse était composée de filaments d'un calibre égal sur toute leur longueur, dont les extrémités cependant sont effilées ; leur substance est homogène, mais un plus fort grossissement montre des bâtonnets transversaux unis les uns aux autres, et occupant toute la largeur des filaments. Leur longueur ne dépasse guère 4 millimètres ; l'épaisseur aussi est variable. En somme, il n'est pas possible de confondre ces éléments avec le leptothrix buccalis.

Aussi l'auteur rejette-t-il la théorie qui veut que l'origine de ces concrétions soit due à de la salive transportée sur les paupières à l'aide des doigts, et dont les leptothrix pénètrent dans les conduits lacrymaux. Ayant trouvé un cil au milieu de la concrétion qu'il a enlevé, Goldzieher serait plutôt disposé à admettre que ce sont des corps solides, tels que cils, masses épithéliales, etc., qui pénètrent dans les conduits, font déposer et proliférer autour d'eux les streptothrix, d'autant plus que jusqu'ici on n'a trouvé cette tumeur que dans le conduit inférieur, le seul réellement utile pour l'écoulement des larmes. ROHMER.

Ophthalmometrische Untersuchungen über Verhältnisse der Hornautkrümmung im normalen Zustande und unter pathologischen Bedingungen (Recherches ophtalmométriques sur l'état de la courbure cornéenne à l'état normal et pathologique), par LAQUEUR (*Beritcht ü d. 15te Versamml. d. Ophthalm. Gesellsch. Heidelberg*, 1883).

Toutes ces recherches ont été faites avec l'appareil de Javal-Schiötz.

Nous ne dirons rien de l'état physiologique sur lequel l'auteur ne nous donne guère de nouveaux renseignements.

De ses recherches sur 47 cas d'astigmatisme régulier, Laqueur est arrivé à conclure que l'astigmatisme cristallinien joue un rôle bien moindre que celui qu'on lui a attribué jusqu'alors. Dans un tiers des cas, il fait défaut, puisque l'astigmatisme cornéen et l'astigmatisme total se com-

pensent ; dans un second tiers, ces deux sortes d'astigmatisme sont égales et s'ajoutent ; enfin, dans un dernier tiers, le premier agit en sens contraire de l'astigmatisme cornéen, et se neutralise en totalité ou en partie, mais n'est jamais bien notable. Ces résultats s'éloignent considérablement de ceux de Javal et Nordenson, qui ont attribué une bien plus grande importance à l'astigmatisme cristallinien.

Cinq cas d'astigmatismes irréguliers, dus à des kératocones, furent examinés ; dans tous, on nota ce fait important qu'il existait un notable degré d'astigmatisme régulier qui corrigeait largement l'acuité visuelle. Les degrés de l'astigmatisme furent de 5, de 5,5, de 6, de 7 et de 15 D ; les axes principaux de plus grande courbure se trouvèrent 4 fois dans le méridien vertical, et une fois dans le méridien horizontal.

Si l'on passe maintenant aux degrés d'amétropie notable, on trouve 5 individus avec une hypermétropie forte (5 à 9 D), et 14 individus avec une myopie excessive (20 D). Laqueur, par ses recherches, confirme les propositions déjà avancées par Donders, à savoir que, dans les degrés extérieurs d'amétropie on ne trouve pas de courbure cornéenne exagérée qui ne puisse aussi se rencontrer sur des yeux emmétropes.

Königstein et Schlench ont montré que les yeux des nouveau-nés sont hypermétropes. Reuss, chez des enfants au-dessous de 6 mois, a trouvé, à l'examen ophtalmométrique, de fortes courbures cornéennes. Laqueur, chez des enfants de 3, 4 et 6 semaines, a trouvé des courbures cornéennes de 8, 8,1 et 6,75. L'hypermétropie ne peut donc être expliquée chez les enfants que par la diminution de longueur de l'axe du globe oculaire.

Des expériences qu'on a faites sur des yeux d'animaux, il résulte qu'une augmentation de pression subite des milieux de l'œil tend à aplatir la cornée ; sur des yeux de cochon, la différence peut aller de 1/4 de millimètre à 1/2 millimètre pour les différents rayons.

Cependant, Laqueur ne pense pas, d'après ce qu'il a pu voir, que la cornée soit notablement altérée dans ses courbures, en cas de glaucome aigu ; même conclusion à fixer pour le glaucome chronique.

D'autres altérations pathologiques de l'œil ont été soumises à des recherches, telles que paralysies des muscles et de l'accommodation, colobome de l'iris, kératite parenchymateuse, etc. Les résultats sont encore trop peu probants pour qu'on puisse en tirer des conclusions certaines.

35 yeux opérés de cataracte ont été examinés, 8 à 10 jours après l'opération : on trouva pendant les 15 premiers jours l'astigmatisme fort de 2 à 7 D, avec légère courbure du méridien vertical ; dans les semaines suivantes, l'astigmatisme diminue progressivement, et ne semble rester stationnaire qu'après 2 ou 3 mois, époque à laquelle le travail cicatriciel semble être terminé. Mais l'astigmatisme ne disparaît jamais totalement ; au bout de 3 mois, on l'a trouvé encore de 1 à 2 1/2 D.

A la suite de l'opération, il semble que la courbure de la cornée doive être notablement modifiée : il n'en est rien cependant ; et il faut chercher d'autres causes, que l'astigmatisme, à l'amélioration de l'acuité visuelle après la ténotomie.

Le ptérygion non plus, malgré certains cas contradictoires, ne semble pas avoir grande influence sur les courbures de la cornée, même après qu'il a été enlevé.

L'auteur se propose d'étudier ailleurs l'influence des traumatismes oculaires, sur l'astigmatisme cornéen. ROHMER.

Ueber partielle Necrose der menschlichen Hornhaut nach Einwanderung von Schimmelpilzen (Mortification partielle de la cornée chez l'homme causée par des mucédinées), par UHTHOFF (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 3, *p.* 39, 15 *janvier* 1883).

Paysan robuste de 23 ans; en secouant un poirier, l'un des fruits lui tombe sur l'œil droit. Quinze jours après, il entre à la clinique de Schœler où l'on constate une kératite à hypopyon. La portion de cornée malade recouvrait presque tout le champ papillaire; elle présentait une teinte jaunâtre très marquée et les bords de l'ulcération étaient très saillants et se mortifia en grande partie.

Sous le microscope, les lamelles les plus externes du morceau de cornée mortifié sont farcies de mucédinées. La couche la plus externe qui a presque l'aspect d'un épithélium cylindrique, se compose des prolongements rayonnants des filaments de mycélium. Vient ensuite une couche constituée par un épais dépôt de tubes de mycélium intriqués, entre lesquels le tissu cornéen est à peine reconnaissable. Dans la troisième couche, ce tissu est traversé de filaments cryptogamiques ramifiés, mais isolés. Enfin les lamelles les plus internes sont libres de mycéliums, mais leur bord extérieur est effiloché et offre çà et là une infiltration de cellules rondes.

Uhthoff n'a pas déterminé à quelle espèce de mucédinées il avait affaire.

Son observation est le second fait connu de kératite à hypopyon causée chez l'homme par des mucédinées et le premier où il y ait eu mortification.

L'autre cas d'invasion de la cornée par des mucédinées a été publié par Leber (*Archiv f. Ophthalm.* XXV), qui, ayant cultivé les champignons, reconnut qu'il s'agissait d'aspergillus glaucus. La blessure de la cornée avait été produite par une glume d'avoine. J. B.

Della doppia iridectomia nella cura dello stafiloma parziale della cornea, par GALLENGA (*Giornale della R. Accad. di medicina di Torino, janvier* 1883).

Dans les cas de staphylome partiel de la cornée avec adhérence et tiraillement de l'iris, l'auteur préconise l'iridectomie double pratiquée suivant la méthode de Reymond. Il est, en effet, de la plus haute importance de dégager complètement la membrane irienne, dont l'irritation produit les plus graves désordres, tant au point de vue de l'accroissement du staphylome que du développement possible d'une ophtalmie sympathique. Or, l'iridectomie simple ne réussit que rarement à faire disparaître toutes les adhérences, surtout lorsque l'iris est enclavé par son bord périphérique, comme cela se produit à la suite des ulcérations ou des plaies qui ont intéressé la périphérie de la cornée. La méthode de Reymond consiste à pratiquer l'iridectomie successivement aux deux extrémités de la portion adhérente de l'iris, en ayant soin chaque fois de faire porter l'excision sur toute la largeur de la membrane irienne, jusqu'à sa grande circonférence. L'opération est faite en deux fois, et on attend, pour pratiquer la seconde iridectomie, que l'irritation oculaire causée par la première ait entièrement disparu. Presque toujours, à la suite de la libération complète de l'iris, on voit la congestion oculaire

disparaître, le staphylome s'affaisser, et la cicatrice cornéenne se transformer en un leucome épais et solide.

Suit le résumé de 54 observations recueillies à la clinique ophtalmologique de Turin et presque toutes suivies de succès. H. BARTH.

Der Conus nach unten (Du staphylome postérieur par en bas), par SZILI (*Centralbl. f. praktisch. Augenheilk.*, *décembre* 1883).

Les yeux ainsi atteints montrent, à l'examen avec les verres, tous les symptômes de l'astigmatisme ; de plus, ils sont légèrement amblyopes. La vue est améliorée par une série de verres convexes et concaves, sans que cependant la lecture soit plus facile ; les malades inclinent la tête, et même le corps ; les efforts des patients pour corriger leur astigmatisme et le résultat douteux de l'examen doivent faire penser aux staphylomes postérieur et inférieur.

L'opthalmoscope révèle les particularités suivantes : en comparant la partie supérieure normale de la papille et de ses environs avec la partie inférieure, on voit que la choroïde est décolorée en partie, et que les vaisseaux choroïdiens sont beaucoup plus visibles à cet endroit ; en réalité, au contraire, le pigment semble être plus abondant. De plus, la papille semble avoir été tordue sur son axe, la partie externe étant devenue inférieure ; là, siège l'excavation anormale, les vaisseaux y étant plus sinueux, et disparaissant pour la plupart au bord de la papille.

C'est à cette dilatation partielle de l'émergence du nerf optique que l'auteur attribue l'astigmatisme. ROHMER.

Remarques cliniques sur un cas d'ophtalmie survenue dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, par F. TERRIER (*Archives d'opht.*, p. 65, *janvier-février* 1884).

Le cas d'ophtalmie, qui sert de base à cet intéressant travail a été observé par l'auteur à la fin de décembre 1880 et au commencement de l'année 1881 chez une dame B... Le Dr Terrier relate l'observation en détail, puis il la résume de la façon suivante :

Le 25 décembre 1880, en même temps que des accidents de rhumatisme articulaire aigu, il se développe chez la malade une conjonctivite catarrhale plus intense à gauche qu'à droite.

Six jours après, les accidents rhumatismaux aigus persistant, la conjonctivite s'était améliorée à gauche, mais accentuée à droite.

Le 1er janvier 1881, on note une détente dans l'état général et dans l'état local. Toutefois l'hyperémie des conjonctives persiste et même s'accentue le 7, en même temps qu'une poussée articulaire se manifeste.

Le 12, accidents de kératite sur l'œil gauche, qui s'amendent peu à peu, lorsque le 21, l'œil droit se prend à son tour.

Le 25, phénomènes d'iritis exsudative à gauche, qui durent quatre à cinq jours.

Le 31, mêmes phénomènes à droite, qui s'amendent vers le 11 février pour reparaître le 18 en même temps qu'une nouvelle attaque de rhumatisme articulaire aigu. Enfin, tous les accidents s'améliorent à la fin de février et disparaissent *complètement* vers le milieu de mars.

L'auteur recherche ensuite dans la littérature médicale des cas analogues et signale plusieurs faits d'accidents oculaires dans le cours du

rhumatisme articulaire aigu (Barth, Noyes, Lebien). De son étude, il tire les conclusions suivantes :

1° Le rhumatisme articulaire aigu primitif peut être accompagné d'accidents oculaires d'ophtalmie rhumatismale ; toutefois, ces faits sont rares ;

2° Les accidents se manifestent, tantôt du côté de la conjonctive, tantôt du côté de la cornée, tantôt du côté de la membrane irido-choroïdienne. Parfois ces diverses membranes sont successivement atteintes ;

3° Ces manifestations oculaires peuvent coïncider ou alterner avec des poussées articulaires ;

4° Le pronostic paraît en général bénin ;

5° Le traitement est celui du rhumatisme généralisé aigu, mais il ne doit pas faire abandonner une thérapeutique locale rationnelle.

A. TROUSSEAU.

I. — Ueber die Schaedigung des Auges durch Sonnenlicht (Des lésions oculaires occasionnées par la lumière solaire), par O. HAAB (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 12, p. 383, 15 juin 1882*).

II. — Scotome par éclipse de soleil, par Emile EMMERT (*Revue médicale de la Suisse romande, II, 395*).

I. — L'action nocive de la lumière solaire sur l'œil s'accuse surtout dans deux circonstances :

1° Chez les ascensionnistes qui ont parcouru des champs de neige vivement ensoleillés ;

2° Chez les observateurs d'éclipses. Dufour, de Lausanne (*Bull. de la soc. méd. de la Suisse romande*, 1879, p. 321) a le premier publié un exemple de ce genre.

Quant aux lésions oculaires qui atteignent ceux qui gravissent les hautes cimes, une partie d'entre elles doit son origine, comme la dermatite qui les accompagne souvent, à la sécheresse de l'air raréfié. Telles sont la conjonctivite si commune et les ulcérations de la cornée que Gairdner a signalées dans certaines ascensions de montagnes de l'Amérique du Nord.

Mais dans l'ensemble symptomatique qu'on a désigné sous le nom de cécité des neiges, la conjonctivite n'est pas, comme le professe Schiess-Gemuseus (*R. S. M.*, XIX, 280), l'élément principal, sinon unique.

Les douleurs oculaires sont trop intenses pour tenir uniquement à la conjonctivite. Haab croit qu'il s'agit de douleurs tenant à la contraction spasmodique du sphincter pupillaire, c'est-à-dire de douleurs ciliaires analogues à celles de l'iritis. Il en a acquis la certitude en lisant la description que Whymper a donnée de son ascension du Pic Antisana (Equateur) en mars 1880 : ce voyageur eut toute une nuit de douloureuse insomnie pour avoir quitté ses lunettes pendant la descente de la montagne.

On a constaté plusieurs fois une très forte contraction des pupilles : le fait a été signalé par Schiess-Gemuseus même, chez un de ses deux malades. Carron du Villars a mentionné ce symptôme dès 1793.

On a donc affaire à un véritable spasme du sphincter irien, consécutif à la contraction prolongée du muscle causée par une lumière trop vive.

C'est ce spasme qui explique et le blépharospasme et les douleurs qui sont les symptômes prédominants de la cécité des neiges.

Au point de vue du traitement des accidents, la conséquence pratique de cette manière de voir est qu'au lieu des applications froides il faut user énergiquement de l'atropine.

Outre la conjonctivite et le spasme irien, un troisième élément morbide compose la cécité des neiges. C'est la fatigue de la rétine qui réduit notablement l'acuité visuelle.

Cette lésion rétinienne se rapproche beaucoup de celle occasionnée par la contemplation d'une éclipse de soleil. Mais, tandis que dans la cécité des neiges, la lumière solaire, indirecte, réfléchie, provoque un éblouissement de toute la rétine et partant un obscurcissement universel du champ visuel qui peut durer plusieurs jours, quand il s'agit de la fixation directe de l'astre, l'altération des éléments rétiniens est bornée au point de la vision la plus distincte, à la macula lutea.

Le scotome central présente une particularité curieuse. A l'entour du scotome, le malade perçoit un mouvement continu, oscillatoire ou gyratoire qui est d'autant plus intense que la surface qu'il considère est plus éclairée. Ce mouvement tourbillonnant, qui se produit autour du scotome, disparaît plus ou moins dans l'obscurité, mais il peut persister longtemps après que le scotome s'est éclairci et ne se traduit déjà plus que par un crêpe mince revêtant le point fixé.

Qu'il s'agisse de la lumière directe du soleil, ou de ses rayons réfléchis par la neige, les caractères du scotome d'éblouissement sont absolument identiques. Mais tous les autres symptômes de la cécité des neiges : douleurs, rétrécissement pupillaire, rougeur conjonctivale manquent complètement dans les accidents présentés par les observateurs d'éclipses.

Le pronostic chez ces derniers est douteux : souvent le scotome central demeure définitif.

La première indication thérapeutique est le repos absolu de la rétine qu'on réalise par un séjour prolongé dans une obscurité complète. A titre d'adjuvant, on emploie les injections de strychnine.

Des deux malades éblouis par la contemplation de l'éclipse qui ont réclamé les soins de Haab, l'un avait, le lendemain de l'accident, à droite une acuité visuelle réduite au 1/3, tandis que l'œil gauche, qui avait peu servi à l'observation, possédait encore les 5/6 de l'acuité normale ; dix jours après l'éclipse, l'œil droit avait récupéré les 5/6 de sa vision, mais le mouvement autour du scotome gênait encore beaucoup la vue.

L'autre malade avait du côté droit, trois jours après l'éclipse, une acuité visuelle tombée au 1/7, c'est-à-dire qu'il lui était impossible de lire les plus gros caractères ; au bout de dix jours, elle s'était relevée à 1/2, mais le scotome était toujours entouré de sa zone tourbillonnante.

Chez ces malades, l'examen ophthalmoscopique n'a révélé qu'un peu d'augmentation et de changement de forme du réflexe de la fovea et une saturation plus grande du pigment rétinien au niveau et au pourtour de la fovea.

Dufour (loc. cit.) avait noté une tache blanche dans le fond de l'œil d'un berger savoyard déjà borgne qui avait contemplé une éclipse ; chez lui, l'acuité visuelle était réduite au 1/20, et à la suite d'un traitement rigoureux pendant trois semaines, elle ne s'était relevée qu'à 1/2.

II. — Emmert, après avoir rapporté une observation intéressante relative à une fille de 15 ans, fait les réflexions suivantes ;

L'intensité des lésions par éclipses varie beaucoup suivant diverses circonstances : réfraction, longueur, pigmentation de l'œil ; durée du temps pendant lequel le malade a fixé le soleil et étendue de la partie découverte de l'astre.

Emmert en distingue 3 degrés. Le plus intense est celui où on trouve des taches blanches sur la macula. Le degré moyen est celui où on ne constate qu'une simple modification du pigment dans la région de la macule. Enfin, dans le degré le moins grave, on n'observe aucune altération du fond de l'œil, et tout se borne à une diminution d'acuité visuelle ou même à un simple scotome.

Les phénomènes oscillatoires décrits par Haab et retrouvés chez la malade d'Emmert peuvent se manifester à la suite d'un éblouissement léger de la rétine. Emmert les attribue à une intensité insolite des mouvements normaux des granulations de l'épithélium pigmentaire de la rétine.

Le séjour dans l'obscurité est le seul traitement rationnel. L'électrisation et la strychnine ne peuvent rien contre les altérations anatomiques et chimiques qui constituent l'affection ; ils n'ont d'action que sur l'anesthésie, la diminution d'excitabilité rétinienne. (*R. S. M.*, XXII, 336 et 337.) J. B.

I. — Ueber die Entstehung der sympatischen Ophthalmie (Pathogénie de l'ophtalmie sympathique), par BECKER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 26, *p.* 379, 27 *juin* 1881).

II. — Zur Pathologie der sympathischen Augenentzuendungen (Lésions des nerfs ciliaires dans l'ophtalmie sympathique), par J. HIRSCHBERG et par UHTHOFF (*Idem*, *n°* 23, *p.* 322, *et n°* 32, *p.* 465, 6 *juin et* 8 *août* 1881).

III. — Anatomische Untersuchungen ueber das Verhalten der Ciliarnerven nach der Neurotomia optico-ciliaris (Recherches anatomiques sur l'état des nerfs ciliaires après la névrotomie), par Fedor KRAUSE (*Idem*, *n°* 12, *p.* 182, 20 *mars*, *n°* 30, *p.* 468, 24 *juillet et n°* 31, *p.* 483, 31 *juillet* 1882).

I. — Becker a eu l'occasion de pratiquer l'examen nécroscopique d'un cas d'ophtalmie sympathique. Il s'agissait d'une panophtalmie traumatique suivie d'ophtalmie sympathique. Le blessé avait été pris de tétanos, auquel il avait succombé quinze jours après l'accident. Durant la vie, on avait constaté une névrorétinite et une paralysie complète du nerf moteur oculaire commun.

A l'autopsie, il existait une névrite ascendante des deux nerfs optiques, exclusivement limitée à leur portion intraorbitaire.

L'œil, atteint par sympathie, présentait une choroïdite localisée avec rétinite secondaire.

Les nerfs ciliaires n'offraient d'autres lésions qu'une profusion de noyaux.

Le bulbe et la moelle n'étaient pas altérés.

Becker en conclut que chez son malade l'inflammation s'est transmise d'uvée à uvée, par les centres vasculaires.

II. — Chez la malade de Hirschberg, les nerfs ciliaires présentaient

au plus haut degré les lésions signalées par Goldzieher (*R. S. M. XII*, 269) dans un cas, dont l'histoire clinique insuffisante a permis à Mauthner de contester la nature sympathique de l'affection de l'œil atteint en second lieu.

Dans le cas présent, ce qui domine, c'est l'épaississement inflammatoire du tractus uvéal, qui doit être considéré comme la cause immédiate de la transmission sympathique.

Quand l'œil blessé n'est énucléé que plusieurs mois après le début de l'inflammation sympathique, on ne retrouve plus la lésion du tractus uvéal. On ne note alors qu'une atrophie cicatricielle de tous les tissus intraoculaires, qui ne permet de rien conclure sur le mode de transmission des accidents.

Dans les deux formes d'ophtalmie sympathique, malgré leur différence de gravité, les lésions sont identiques à l'ophtalmoscope. Quand l'inflammation atteint la portion postérieure du tractus uvéal, on a la rétinite, forme plus rare et moins grave que l'irido-cyclite plastique, dont le siège principal est dans la portion antérieure de ce même tractus uvéal.

Uhthoff a eu deux fois l'occasion d'examiner des yeux ayant eu une iridochoroïdite sympathique, et chaque fois il a constaté. dans les nerfs ciliaires, les mêmes lésions inflammatoires que Hirschberg. Mais la chose n'était pas étonnante, vu les altérations de la choroïde et du tissu sous-choroïdien. Bien mieux, il lui a paru que les lésions des nerfs ciliaires ne s'étendaient pas au delà des altérations de la choroïde et de la couche sous-jacente.

Ces lésions des nerfs ciliaires se retrouvent ailleurs que dans l'ophtalmie sympathique : ainsi, dans la choroïdite purulente métastatique, à un degré moins marqué toutefois.

Mais dans l'un de ses deux cas, Uhthoff a constaté un fait non encore signalé. L'un des nerfs ciliaires offrait un renflement en massue dû à l'accumulation d'amas de microcoques entre les fibres nerveuses. Uhthoff se défend d'ailleurs expressément de voir, dans cette dernière lésion, l'explication du mécanisme de transmission de l'inflammation sympathique.

III. — Krause a étudié le mode de régénération des nerfs ciliaires après la névrotomie, sur quatre globes oculaires dont l'énucléation devint nécessaire ultérieurement. Le temps écoulé entre la névrotomie et l'énucléation variait entre 2 mois et 2 ans.

En résumé, deux mois après la névrotomie, la régénération des nerfs ciliaires est déjà si avancée qu'on en trouve de nouveaux dans la sclérotique; après trois mois et demi, on ne trouve plus trace de nerfs atrophiés et au bout de deux ans, plus rien ne distingue les nerfs de nouvelle formation des anciens. J. B.

I. — **Des moyens de conjurer les dangers de l'ophtalmie des nouveau-nés, par GALEZOWSKI** (*Revue d'hygiène et de police sanit., mars et avril* 1881).

II. — **Ueber die Prophylaxis der Blennorhœa Neonatorum, par HORNER** (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 7, *p.* 201, 1er *avril* 1882).

III. — **Die Micrococcen der Blennorrhœa Neonatorum, par Fedor KRAUSE**

(*Centralblatt f. prakt. Heilk.*, *Mai* 1882, *et Berlin. klin. Woch.*, 11 *septembre* 1882).

I. — Sur 60,152 affections oculaires qu'il a soignées depuis 1870, Galezowski a compté 507 cas d'ophtalmie des nouveau-nés, dont 111 avec lésions plus ou moins graves de la cornée, à savoir : 44 perforations avec nécrose; 34 ulcères; 15 leucomes et 6 staphylômes.

De son expérience thérapeutique, Galezowski conclut que la cautérisation des paupières avec une solution de nitrate d'argent au quarantième, pratiquée 2 fois par jour, assure la guérison des formes les plus graves.

Comme c'est précisément le 3e ou le 4e jour après la naissance que l'ophtalmie purulente débute, les médecins de l'état civil devraient être chargés d'examiner les yeux des nouveau-nés, et d'avertir les parents du danger de ne pas soigner cette affection. En même temps, ils ajouteraient qu'il n'y a aucun péril à porter l'enfant à la clinique, parce que ni le froid ni l'humidité n'aggravent la maladie.

Dans la discussion de la Société de médecine publique, *Fieuzal* ajoute qu'à l'hospice des Quinze-Vingts, 33 pour cent des cécités sont dues à l'ophtalmie purulente des nouveau-nés ou de l'enfance.

Au lieu des cautérisations, il recommande, avec *Pinard*, les lotions désinfectantes, et se joint également à celui-ci pour nier la spécificité constante, l'origine toujours infectieuse de la maladie, défendue par Galezowski.

II. — Horner déclare que, pour lui, l'ophtalmie catarrhale des nouveau-nés est toujours une maladie infectieuse provenant des sécrétions vaginales maternelles.

Haussmann en a évalué la fréquence à 13 pour cent, en raisonnant d'après un chiffre de 12,000 accouchements. Mais cette fréquence oscille, selon les années et les Maternités, entre 4 et 37 pour cent.

Dans sa clinique privée, par exemple, en 1874, sur 3,842 affections oculaires, il a traité 10 ophthalmies des nouveau-nés (et 3 à l'hôpital), tandis qu'en 1878, sur 3,478 malades de sa clinique, il en a traité 35 (plus 14 à l'hôpital).

Ces très grandes oscillations annuelles dans la fréquence de l'ophtalmie des nouveau-nés ne doivent pas être perdues de vue quand il s'agit d'apprécier la valeur d'une méthode prophylactique.

Sur 100 enfants aveugles amenés dans les établissements d'Allemagne et d'Autriche, on en compte en moyenne 33 qui doivent leur cécité à une ophtalmie des nouveau-nés. En revanche, de 1865 à 1876, l'asile des aveugles de Zurich n'en a pas reçu un cas.

Pour apprécier le plus ou moins de mérite d'un mode de traitement, il ne faut pas non plus s'appuyer sur les résultats de la pratique hospitalière, sur les conditions favorables offertes par les Maternités où, dès le début de la maladie, on institue la médication convenable. Aussi Horner se servira-t-il des chiffres que lui fournit sa clinique privée.

En vingt-deux ans, de 1859 à 1881, il a soigné 67,681 affections oculaires, dont 468 ophtalmies des nouveau-nés.

Sur ces 468, 122 (26,07 pour cent) avaient déjà des ulcères de la cornée au moment de leur entrée en traitement. Parmi ces 122 ulcères cornéens,

35 s'accompagnaient de perforation, atteignant même les deux yeux chez la moitié d'entre eux.

Chez 38 (8,12 pour cent) du nombre total des ophtalmies de nouveau-nés, l'ulcération de la cornée apparut dans le cours du traitement, et cela très souvent dès le second jour, alors qu'aucune cautérisation n'avait été encore faite.

Voici le sort ultérieur de ces 38 patients : 14 ont guéri sans leucome; 24 avec un trouble visuel persistant dû à des opacités. Parmi ces derniers, 6 perdirent chacun un œil.

C'est à Bâle qu'on a songé, en premier lieu, à appliquer les principes listériens à la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés. Depuis 1875, à la clinique de Bischoff, on procède à la désinfection du vagin maternel avant la naissance de l'enfant, ainsi qu'à la désinfection des yeux des nouveau-nés immédiatement après leur naissance. L'eau phéniquée sert pour la mère, l'eau salicylée pour l'enfant. La morbidité par ophtalmie s'est ainsi réduite de 5,6 à 2,6 pour cent.

Des diverses expériences faites par Credé et par Olshausen (*R. S. M.*, XIX, 285, et XXI, 317), il résulte que les injections désinfectantes du vagin maternel sont insuffisantes, qu'en les combinant avec des lotions désinfectantes des yeux de l'enfant, on obtient déjà de meilleurs résultats; enfin, que le traitement préventif de beaucoup le plus efficace, est l'instillation de nitrate d'argent préconisée par Credé; malheureusement, ce procédé n'est pas applicable dans la pratique privée.

Dans la discussion de la Société des médecins de Zurich, *Haab* estime qu'il y a lieu de séparer la conjonctivité catarrhale aiguë, assez fréquente chez le nouveau-né, de l'ophtalmie infectieuse. Pour celle-ci, il ne se contente pas de désinfecter les yeux, car, si l'on ne nettoie pas à fond le corps entier de l'enfant, il peut devenir la source d'une infection pour les yeux, même après leur propre désinfection.

III. — Avec l'assistance de Koch, Krause a cultivé les microcoques de l'ophtalmie contagieuse des nouveau-nés. Ces cultures n'ont réussi qu'à la température de l'incubation et sur le sérum sanguin, stérilisé, de mouton. En revanche, les cultures de la matière pure ainsi récoltée furent possibles à la température de la chambre. Les expériences ont été faites sur 23 yeux malades de 12 enfants, après s'être assuré préalablement de l'existence des microcoques.

Deux fois, les cultures ont été poussées jusqu'à la 42e et à la 50e générations.

Sur les sols artificiels, les microcoques de l'ophtalmie gardent leur configuration et leur mode de groupement deux à deux, mais leurs dimensions changent. Leur accroissement est très lent, leur aspect extérieur, humide.

Les essais d'inoculations avec ces produits purs de culture n'ont pas donné plus de résultats que les inoculations avec le pus originel même, qu'on les fit sur la cornée, dans le cul-de-sac conjonctival ou dans l'urèthre de lapins adultes, ou encore sur la cornée et dans le cul-de-sac conjonctival de jeunes chats, de pigeons et de souris. Leur inoculation sous-cutanée à des lapins et à des souris est restée tout aussi infructueuse.

En revanche, chez 4 lapins nouveau-nés, l'inoculation des mêmes produits de culture dans le cul-de-sac conjonctival a provoqué au bout

de 24 heures une conjonctivite purulente, qui entraîna 10 jours plus tard une suppuration de la cornée.

Krause a examiné, d'autre part, 5 cas d'ophthalmie granuleuse. Il n'a pu trouver de microcoques dans les fragments de muqueuse excisés, ni obtenir de résultats en les cultivant. J. B.

Zur Accommodationslähmung nach Rachen-Diptherie (De la paralysie et de l'accommodation consécutive à l'angine diphthéritiquo, par H. SCHMIDT-RIMPLER (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 7, p. 97, 18 février* 1884).

Les troubles d'accommodation à la suite de diphtérie pharyngée, signalés pour la première fois par Donders, surviennent à une époque qui varie de quelques jours à quelques semaines après la terminaison de la maladie.

Généralement, en peu de jours, ils arrivent à leur summum.

Dans la majorité des cas, il s'agit non d'une paralysie complète mais d'une parésie.

Les troubles visuels constatés varient nécessairement suivant la longueur du globe oculaire et l'état de la réfraction.

On observe parfois un strabisme convergent unilatéral tenant à l'affaiblissement du muscle ciliaire et qui n'a d'autre but que de faciliter la contraction du muscle de l'accommodation de l'autre œil, le malade renonçant instinctivement à la vision binoculaire.

Schmidt-Rimpler n'a pas encore observé une diminution de l'acuité visuelle, indépendante de la réfraction et de l'accommodation. Mais Völckers et Herschel en ont vu des exemples et le premier de ces auteurs les a expliqués par un astigmatisme du cristallin.

Habituellement les pupilles ont leurs dimensions normales, et leur sphincter n'est paralysé que rarement. Le pronostic est favorable. Dans le cours de quelques semaines la paralysie disparaît. Le traitement doit être surtout reconstituant.

Comme médication locale, on emploie l'ésérine qui a l'avantage de rétrécir momentanément la pupille et de rapprocher de l'œil le punctum remotum et le punctum proximum, de sorte que la lecture devient possible. Mais l'ésérine n'abrège pas la durée de la paralysie. Schmidt-Rimpler s'en est assuré en n'instillant de l'ésérine que dans l'un des deux yeux malades.

C'est donc un médicament purement symptomatique auquel l'auteur préfère les verres convexes. J. B.

Ein Fall von Conjunctivalcyste (Un cas de kyste de la conjonctive), par MAKROCKI (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk., novembre* 1883).

Un enfant de 12 ans avait reçu, à l'âge de 5 ans, une blessure à l'œil droit à la suite de laquelle il y eut écoulement de liquide; inflammation calmée au bout de huit jours. Actuellement sur l'œil droit, en haut et en dedans de la cornée, est une tumeur ovale dans le sens tranversal, longue de 1,4 centim. et large de 1,2 centim., d'aspects bleuâtre et transparent. Fluctuation. La conjonctive qui recouvre la tumeur est pâle, très amincie, ne contenant que de minces vaisseaux ; tout autour catarrhe chronique de la conjonctive. Les quelques gouttes de liquide clair que l'on retire par la ponction, ne permettent pas l'analyse chimique (neutre au papier de tournesol) et le micro-

scope n'y montre que quelques globules rouges avec des cellules épithéliales de la conjonctive. Rien à l'ophtalmoscope; myopie 1,60, acuité visuelle normale 6,6. La tumeur enlevée, la guérison a lieu en peu de jours ; l'examen histologique de la paroi fait voir que l'on avait affaire à un kyste lymphatique. ROHMER.

De la tuberculose de la conjonctive comparée au lupus de cette muqueuse, par LUC (*Thèse de Paris*, 1883).

Voici, d'après l'auteur, les caractères qui servent à distinguer les deux affections :

La tuberculose conjonctivale survient chez des tuberculeux, tandis que le lupus se développe chez des sujets strumeux déjà affectés d'anciens lupus de la face, mais non tuberculeux.

Le début de la tuberculose se fait par des saillies qui d'abord opalines, jaunissent au milieu, puis finissent par évacuer leur centre qui laisse à sa place une petite ulcération cratériforme ; le début du lupus se fait par un champignon végétant. Il survient ensuite dans la tuberculose des ulcérations qui n'existent jamais dans le lupus ; dans le premier cas la muqueuse présente çà et là des points jaunâtres dans la périphérie.

La tuberculose s'accompagne d'un suintement purulent abondant, de douleurs et d'élancements, tandis que le lupus n'offre qu'un faible suintement muco-purulent et est en général indolore.

La tuberculose marche rapidement et amène vite la mort, par sa généralisation ; le lupus au contraire a une marche lente et guérit lorsqu'il est de bonne heure traité par le grattage et les scarifications.

A. TROUSSEAU.

I. — Note sur un cas de sarcome mélanotique de la conjonctive oculaire, par HALTENHOFF (*Rev. médic. de la Suisse romande*, I. 168, *mars* 1881).

II. — Fall von primären Sarcom der Iris, par Fr. HOSCH (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 *avril* 1882).

I. — Robuste campagnarde de 83 ans. Depuis un mois, gêne à l'œil gauche, avec obscurcissement de la vue et sécrétion catarrhale de la conjonctive. Apparition, sous la paupière supérieure, d'une tumeur qui grossit rapidement sans douleurs. Depuis une semaine, plusieurs hémorragies oculaires assez abondantes.

Au devant de la cornée, qui est intacte ainsi que la pupille et l'iris, se trouve une tumeur lisse, arrondie, brunâtre lie de vin, molle, presque fluctuante, saillante de plusieurs millimètres et grosse comme le tiers d'une noix. Implantée près du bord supéro-externe de la cornée, elle s'étale en champignon sur cette membrane qu'elle masque complètement. Un peu mobile, elle ne paraît pas adhérer à la sclérotique.

Extirpation : La tumeur extirpée était un mélanosarcome à cellules rondes. Les cas de tumeurs mélaniques limitées à la conjonctive bulbaire sont déjà rares, mais la forme fongoïde pédiculée permettant, comme dans le cas actuel, l'ablation complète avec intégrité du globe oculaire, est presque exceptionnelle. (*R. S. M.*. I, 950; II, 412.)

II. — Homme de 66 ans, ayant depuis sa naissance, sur la partie inférieure de l'iris, une tache pigmentaire brune au niveau de laquelle est apparue la tumeur actuelle. Acuité visuelle = 16/100. Mais l'étendue de cette tumeur faisant craindre à Hosch un envahissement du corps ciliaire, il renonça à l'iridectomie et énucléa le globe.

L'examen anatomique montra que la tumeur, épaisse de 4 et haute de 7 millimètres, était parfaitement limitée à l'iris et nettement distincte du corps ciliaire qui était sain.

Il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes pigmenté. Le pigment était généralement disposé en traînées ; très peu de granulations se trouvaient dans les cellules fusiformes.

La littérature ne compte que 17 cas de sarcomes de l'iris; encore quelques-uns sont ils très douteux et d'autres semblent-ils être provenus du corps ciliaire. (*R. S. M.*, XIV, 681.)

L'examen anatomique n'a été fait que 9 fois, 6 fois après énucléation du bulbe et 3 fois après iridectomie. (*R. S. M.*, V, 710.) J. B.

I. — Ueber die Behandlung der granulösen Bindehautentzündung mit tiefen und ausgedehnten Excisionen (Du traitement de la conjonctivite granuleuse par des excisions larges et profondes), par HEISRATH (*Berlin. klin. Woch.*, 10, 17 *et* 24 *juillet* 1882).

II.—Ueber die medicamentöse Behandlung der granulösen Bindehautentzündungen (Du traitement médical des conjonctivites granuleuses), par LE MÊME (*Idem*, 13 *août* 1883).

III. — Ein typischer Frühjahrscatarrh (Exemple de conjonctivite vernale type), par HORNER (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n.* 14, *p.* 476, 15 *juillet* 1882).

I. — Au dire de Heisrath, dans le traitement chirurgical des granulations conjonctivales, on a tenu trop peu compte des altérations de la muqueuse et des tissus profonds des paupières qui sont cependant une cause essentielle des phénomènes morbides.

C'est dans cette conviction qu'il excise une partie des tissus malades. Il a déjà fait 230 fois cette opération qui est indiquée, d'une façon générale, dans toutes les conjonctivites granuleuses rebelles au traitement médical ou récidivantes.

Les excisions sont indiquées lors même que, par suite de rétractions cicatricielles ou d'atrophie des tarses, les paupières ont pris une attitude vicieuse; seulement il faut remédier à celle-ci par une opération appropriée avant d'entreprendre les excisions.

Dans les cas invétérés, c'est surtout dans les culs-de-sac qu'il faut faire les excisions qui, pour être utiles, doivent porter sur toute l'épaisseur de la conjonctive et du tissu cellulaire sous-jacent.

L'auteur a pu vérifier les résultats définitifs de ses excisions au bout de plusieurs années.

Les récidives après cette opération sont rares et peu intenses si le traitement secondaire a été convenable. Le mode d'action des excisions est multiple. Non seulement elles suppriment des corps étrangers irritants, mais elles mettent dans de meilleures conditions de guérison les portions malades non enlevées. Mais leur effet le plus marqué porte sur le pannus qui disparaît même plus promptement que les lésions conjonctivales dont il est la conséquence.

II. — Après avoir essayé sans parti pris, sur un grand nombre de malades atteints de granulations conjonctivales les médications les plus diverses, Heisrath recommande les massages de la conjonctive avec la pommade suivante : vaseline 10 grammes, iodure de potassium 1 gramme, bicarbonate de soude 0,5.

Ce traitement qu'il a appliqué sur 400 yeux environ, convient surtout pour les cas qui, ayant franchi la période aiguë, ne sont pas encore arrivés à la phase des altérations secondaires.

Les massages activent la régression des produits morbides, en provoquant une irritation passagère; en outre ils endurcissent la conjonctive en la rendant moins sensible aux influences nocives C'est en partie à cette médication qu'on doit la disparition de l'endémie granuleuse si commune dans la garnison de Kœnigsberg.

Pour les cas rebelles, compliqués d'altérations secondaires de la conjonctive et d'affection grave de la cornée, il n'y a qu'un seul traitement toujours sûr et rapide : ce sont les excisions larges et profondes qu'Heisrath a préconisées dans le travail précédent.

III. — Le malade, présenté par Horner, a, en outre d'une conjonctivite catarrhale vernale typique, une éruption simultanée d'innombrables éminences verruqueuses sur le front.

Horner insiste sur la confusion fréquente qu'on fait de cette affection printanière avec la conjonctive granuleuse, confusion qui conduit à employer mal à propos les caustiques.

C'est, d'après Horner, à la pommade d'iodoforme au quinzième qu'il faut recourir. J. B.

Periodischer Exophthalmos (Exophtalmie gauche périodique survenant pendant l'inclinaison de la tête), par MAGNUS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., février* 1884).

Il s'agit d'un enfant de 13 ans qui, chaque fois qu'il inclinait la tête, avait une exophtalmie gauche assez notable; l'œil faisait saillie en bas et en dehors; et même l'enfant avait une sensation de pression et de douleur légère dans le globe oculaire. Au bout de 2 minutes, tous ces phénomènes disparaissaient, et l'œil reprenait sa place dans l'orbite. La mère de l'enfant assure que cette exophtalmie existait déjà au moment de la naissance, mais que, depuis, elle ne s'est pas accentuée.

En examinant l'œil, on voit, à l'angle interne de la fente palpébrale, une petite tumeur rougeâtre recouverte par la caroncule, et qui se prolonge sous la paupière supérieure; l'œil étant en place, on peut facilement introduire les doigts entre lui et les parois orbitaires; sur toute la moitié gauche de la face et une bonne partie du crâne, on sent une sorte d'empâtement sous-cutané, qui s'accentue notablement quand l'enfant incline la tête, et devient bleuâtre; en même temps la tumeur sous-conjonctivale augmente peu de volume; mais lorsque l'œil fait hernie, on sent, entre lui et l'orbite, une tumeur assez dure qui ne permet plus l'introduction des doigts dans la cavité orbitaire. Il s'agit là tout simplement d'une dilatation variqueuse des veines de toute la moitié gauche de la tête; nulle part on ne sent de battements. ROHMER.

Mikroskopische Præparate von theils normalen theils pathologisch veränderten Irisgefässen (Préparations microscopiques de vaisseaux iriens, les uns normaux, d'autres altérés), par ULRICH (*Berlin. klin. Woch., n°* 48, *p.* 751, 26 *novembre* 1883).

Sur les vaisseaux iriens normaux, on remarque le faible développement des fibres musculaires circulaires et surtout longitudinales des artères, tandis que sur les veines, on remarque l'absence complète de fibres musculaires transversales.

Sur des préparations de glaucome secondaire, on distingue la dégénération des parois vasculaires qui conduit à leur oblitération et sur celles de glaucome chronique, les altérations des tuniques interne et moyenne qui amènent au même résultat. J. B.

Tuberculose primitive de l'iris et du corps vitré, par PONCET (de Cluny) (*Soc. chir.*, 14 juin 1882).

M. Poncet (de Cluny) communique un fait rencontré dans un œil énucléé par le Dr Mengin (de Caen). Le malade, âgé de 16 ans, est malingre, mais ne présente pas de tuberculose pulmonaire. L'affection, peu douloureuse, a débuté par l'iris et a bientôt formé une tumeur bilobée qui a aboli la vision et a rendu l'énucléation nécessaire.

Au microscope, le néoplasme occupait la chambre antérieure, entamait le bord antérieur des procès ciliaires, comblait l'angle irido-cornéen et englobait aussi la partie postérieure du cristallin. La choroïde était atrophiée, mais la rétine et la papille n'offraient pas d'altération.

Le tissu enbryonnaire nouveau montrait tous les caractères du tubercule : pas de vaisseaux, points de ramollissement, cellules géantes.

M. Poncet pense que la tuberculose du corps vitré est plus fréquente qu'on ne le croit en général ; les coupes doivent donc comprendre l'humeur vitrée.

L'énucléation doit être pratiquée quand les tubercules oculaires s'accompagnent d'accidents inflammatoires. A. TROUSSEAU.

Ein dritter Fall von einseitiger Cataracte mit Knochenanomalie derselben Seite (Un troisième cas de cataracte unilatérale avec anomalie du squelette du même côté), par HEUSE (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., décembre* 1883).

La cataracte siégeait à droite ; à l'éclairage direct, on voyait une cataracte polaire postérieure, tandis qu'à l'éclairage oblique apparaissaient quatre rayons assez courts, et au centre un point opaque limité, qui faisait saillie dans l'épaisseur de la lentille ; tandis qu'en avant et à la périphérie, la substance cristallinienne présentait une opacité légère, sans connexion avec les troubles précédents. L'œil gauche était bon. Le petit malade, âgé de 4 ans, portait sur la partie droite du front une tumeur osseuse, d'origine rachitique ; déformation de même nature du thorax incurvé à droite.

Il s'agit d'un cas de rachitisme unilatéral guéri, coïncidant avec une cataracte congénitale du même côté ; l'auteur, sans s'expliquer davantage, croit à une relation entre les deux affections. ROHMER.

De l'hémorrhagie consécutive à l'extraction de la cataracte, par SEDAN (*Revue d'ophtalm. d'octobre-septembre* 1883).

Il s'agit dans ce travail de l'observation d'un malade qui avait déjà perdu un œil à la suite d'une opération de cataracte et qui subit la perte complète de l'autre organe à la suite de la même opération faite pourtant dans d'excellentes conditions opératoires et avec un résultat parfait au point de vue de la perception immédiate des objets. Une heure après la pose du pansement il survint une hémorragie qui ne put être combattue effectivement par aucun moyen. La malade jouissait d'une bonne santé habituelle. A. TROUSSEAU.

I. — Beobachtungen über Glaskörperrhexis bei Scleralextractionen (De l'ouverture intentionelle du corps vitré dans l'extraction de la cataracte), par RHEINDORF (*Leipzig et Heidelberg*, 1881).

II. — Ueber eine neue Methode der Kapselspaltung bei der Operation des Alterstaars (Nouvelle méthode d'ouverture de la capsule dans l'extraction de la cataracte sénile), par C. SCHRŒDER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 2, p. 26, et n° 3, p. 41, 9 et 16 *janvier* 1882).

III. — Iridotomie und Discision, par SCHERCK (*Idem*, n° 25, p. 379, et n° 26, p. 397, 18 et 25 *juin* 1883).

IV. — Die Staarextraction der ophthalmologischen Klinik in Zurich 1870-1880 (Statistique des opérations de cataracte pratiquées à la clinique ophtalmologique de Zurich de 1870 à 1880), par C. von MURALT (*Thèse Zurich* 1881).

V. — Trois cas d'accidents rares dans l'opération de la cataracte, par DUFOUR (*Revue médic. de la Suisse romande*, *I*, 461, *juillet* 1881).

I. — Se basant sur le fait qu'après extraction du cristallin, il peut y avoir issue du corps vitré, sans que pour cela on observe ni perte notable de la vision, ni cataracte secondaire, Rheindorf, une fois l'extraction terminée, déchire la capsule cristallinienne postérieure au moyen d'un crochet aigu.

Il attribue à cette petite opération complémentaire les avantages suivants :

1° Empêcher le tiraillement du corps ciliaire par la zone de Zinn et par la capsule postérieure du cristallin ;

2° Faciliter la circulation du tractus uvéal ;

3° Atténuer, sinon prévenir, l'irritation mécanique de l'iris par la corticale et la cristalloïde ;

4° En cas d'iritis, cette ponction du corps vitré aura eu pour effet d'empêcher l'organisation des fausses membranes qui amènent l'occlusion de la portion postérieure du bulbe et l'atrophie du globe.

En 1864, von Hasner avait proposé déjà une opération analogue.

II. — Schrœder propose pour la cataracte sénile, quelques modifications au procédé de déchirure de la capsule dans la méthode d'extraction linéaire périphérique de de Græfe.

1° Il ouvre la capsule juste au centre afin que l'incision corresponde au niveau de la pupille, ce qui va lui permettre de se débarrasser de la capsule en la refoulant à la périphérie ;

2° Il fait son incision dans toute l'étendue du méridien vertical du cristallin ;

3° En trois points de cette incision verticale, il pratique, dans les deux directions, temporale et nasale, des déchirures transversales ; puis, avec le dos du kystitome, il repousse la capsule sur les côtés à la façon d'un rideau.

Les 42 opérations de cataracte qu'il a exécutées de cette manière soutiennent la comparaison avec les meilleures statistiques. Il n'a eu qu'un seul accident, une perte partielle du corps vitré, qui n'eut d'ailleurs aucune influence ni sur la guérison, ni sur le résultat définitif de l'opération.

41 yeux récupérèrent une faculté visuelle supérieure à 20/200 sans avoir besoin d'être l'objet d'une deuxième opération.

1 seul œil fut perdu à la suite d'une kérato-iritis purulente que Schrœder met exclusivement sur le compte de l'imprudence de son opéré.

Une fois il a vu une légère synéchie postérieure. Mais il n'a noté ni occlusion pupillaire, ni irido-choroïdite, ni cataracte secondaire, ni aucun autre accident.

La durée moyenne du traitement fut de 11 jours.

III. — Scherck trouve insuffisant le procédé d'iridectomie de Wecker, quand il s'agit de pratiquer une pupille artificielle, à la suite d'une extraction de cataracte, sur un iris qui n'est plus sain.

Aussi a-t-il imaginé un instrument remplissant la double indication, d'obturer parfaitement la petite plaie cornéale, après la ponction, tout en permettant d'exécuter les mouvements de section.

Extérieurement, cet instrument ressemble au couteau à discision de Knapp. Il se compose d'une lame convexe, longue de 5 millimètres, se continuant par une tige arrondie qui a charge de fermer l'orifice de ponction dans la cornée; cette tige est fixée sur un manche en ivoire, qui est creux.

La tige elle-même est, comme un trocart explorateur, formée de deux parties : une extérieure, ou gaîne tubulée, une intérieure, la tige proprement dite de la lame qui glisse dans la canule et la remplit hermétiquement. Dans la cavité du manche de l'instrument, cette tige est mise en rapport, par une roue dentée, avec un bras de levier en forme de cuiller, saillant à la face supérieure du manche.

Quand on presse sur ce bras de levier, la lame est poussée en avant, de 2 millimètres au maximum. Dès qu'a cessé la pression, la tige rentre dans sa gaine et la lame reprend sa position première, grâce à un ressort caché dans le manche.

Naturellement, gaîne et style intérieur doivent être polis et ajustés de façon à entrer et à sortir de la cornée sans soubresaut, comme s'ils n'étaient que d'une seule pièce.

On saisit l'instrument comme une aiguille à cataracte, le médius placé sur le levier pour pouvoir faire exécuter les mouvements de section. Comme il ne doit y avoir aucun vacillement dans la gaîne, ces mouvements, tout en étant aussi réguliers que si la main conduisait directement l'instrument tranchant, sont beaucoup plus rapides.

Pour procéder à l'iridectomie, on enfonce l'instrument à travers la cornée, en un point presque diamétralement opposé à l'incision de la cataracte. Jusqu'à ce qu'on ait traversé la chambre antérieure, la lame est introduite à plat, pour ne pas blesser l'iris ou la face postérieure de la cornée. Une fois qu'on a ponctionné l'iris à l'endroit convenable, on pousse doucement en avant le tranchant en faisant jouer la petite lame plus ou moins vigoureusement et vivement, suivant la résistance éprouvée.

Si l'incision simple ne suffit pas, on peut ponctionner l'une ou les deux moitiés latérales de la membrane sectionnée pour les couper à leur tour. Il est possible ainsi de donner une forme plus régulière et une position plus centrale à l'ouverture de la nouvelle pupille.

En tout cas, on n'ouvre pas l'intérieur de l'œil, on ne le met pas au contact de l'air extérieur, on ne perd ni humeur aqueuse ni corps vitré

même liquéfié ; on opère constamment *sous-cornéalement*, ce qui offre les avantages des opérations sous-cutanées.

Ainsi pratiquée, l'iridectomie est simplifiée pour l'opérateur, plus rapide et moins douloureuses pour le patient.

Cet instrument est également très convenable pour pratiquer la discission de la cataracte secondaire, opération mise ainsi à la portée de tout médecin de campagne.

IV. — Le professeur Horner enfonce le couteau linéaire à 3 millimètres au-dessous de la tangente du contour supérieur de la cornée et à 1 millimètre en dehors du rebord cornéen ; la contreponction est parfaitement symétrique. Il obtient une incision ayant 12 millimètres à la base avec un lambeau haut tout au plus de 3. L'incision est toujours pratiquée en haut et recouverte au moyen d'un lambeau conjonctival.

1° Extractions linéaires sans complication :

De 1867 à 1870,	211 opérations,	14 yeux perdus,	soit une proportion de	6,63 0/0
De 1870 à 1880,	737 —	12 —	—	1,63 —
Total de 1867 à 1880,	948 —	26 —	—	2,74 —

2° Pour toutes les opérations de cataracte réunies, linéaires ou autres, compliquées ou non :

Sur 877 opérations faites de 1870 à 1880, on compte 15 yeux perdus, soit une proportion de 1,71.

La procidence du corps vitré dans l'extraction linéaire pour des cas non compliqués s'est produite 13 fois (3,75 0/0) depuis 1876; 2 des yeux ont été perdus (0,58).

L'iritis et l'irido-cyclite sympathiques sont survenues 2 fois sur 948 extractions linéaires antérieures à 1873 et plus du tout postérieurement à cette date.

V. — En 1869, Dufour opérait d'une cataracte un homme complètement sourd et qui avait déjà perdu l'autre œil. Au moment du pansement, le corps vitré sortit ; puis un suintement sanguin s'établit qui continua pendant plusieurs jours. L'œil fut perdu. De Græfe, consulté par Dufour, admit une lésion préexistante des vaisseaux de la choroïde et déclara n'avoir observé que deux faits semblables.

En 1877, Dufour eut un cas analogue avec issue pareille.

Enfin, ces jours derniers, nouvelle observation du même genre : 50 secondes après la terminaison d'une opération correcte, suintement du corps vitré avec symptômes de pression venant du fond de l'œil (iris bombé) et immédiatement après, écoulement de sang qui dure encore.

Chez ces 3 malades, la cataracte paraissait favorable et l'extraction s'était opérée sans encombre. J. B.

De l'hémorragie consécutive à l'extraction de la cataracte, par WARLOMONT (*Annales d'oculistique, juillet-août* 1883, *p.* 5).

Dans cet article l'auteur cite le cas d'une malade qui après une extraction de cataracte très régulière perdit l'œil opéré à la suite d'hémorragies, sans que rien ait pu faire prévoir cet accident. L'autre œil également cataracté fut perdu dans des conditions analogues et cependant un examen histologique du premier œil opéré avait paru autoriser l'opérateur à entreprendre sans crainte l'extraction du cristallin sur le second œil. D'où

ces conclusions que, sans que rien ne l'indique, certains yeux ne peuvent supporter l'éloignement du système cristallinien sans que la place devenue vacante soit occupée immédiatement par le corps vitré, propulsé en avant, mal suivi par la sclérotique et qu'il en résulte des déchirures des vaisseaux même les plus sains. De là la double injonction de ne jamais opérer les deux yeux à la fois et de considérer le second œil, quand le premier s'est perdu par hémorragie, comme n'étant justiciable que des opérations à l'aiguille. A. TROUSSEAU.

Des hémorragies consécutives aux opérations portant sur le globe de l'œil, par SALAMÉ (*Thèse de Paris* 1884).

Les hémorragies sont les accidents les plus graves qui peuvent compliquer les opérations faites sur l'œil et surtout l'extraction de la cataracte.

Cet accident peut survenir soit au moment de l'opération soit dans les jours suivants sous une influence parfois très légère.

L'hémorragie s'arrête facilement, mais entraîne fatalement la perte de l'œil et doit faire craindre l'apparition d'une panophtalmie et de l'ophtalmie sympatique.

La cause essentielle de l'accident est l'augmentation du tonus de l'œil. C'est une hémorrhagie ex-vacuo ; il faut donc avoir soin de bien étudier le tonus de l'œil avant l'opération et de redoubler de précautions s'il est élevé.

On traitera l'hémorragie par les réfrigérants et la compression ; l'énucléation devra le plus souvent être pratiquée. A. TROUSSEAU.

Der periphere fläche Lappenschnitt nebst einem Referate über 300 weitere Cataractextractionen (Résultats de l'incision périphérique d'après 300 cas d'extraction de cataracte), par STEFFAN (*Archiv f. Ophthalm., Band XXIX*, 2).

Les résultats de 362 opérations conduisent l'auteur aux conclusions suivantes pour l'exécution de l'opération :

Jusqu'à l'âge de 34 ans, on peut employer la discision même sans iridectomie ; souvent même, on peut se contenter pour cela d'une simple extraction linéaire. A partir de 35 ans, il faut se servir de l'incision périphérique de la cornée, à une distance de $1^{mm},5$, en dedans du limbe cornéen jusqu'à 44 ans, et à $0^{mm},5$ ou un millimètre seulement à partir de 45 ans.

Avant l'opération, instillation d'atropine, au point de vue du diagnostic et du traitement. Pour éviter la blessure du corps ciliaire, il ne faut pas reculer plus qu'il n'est nécessaire, l'incision vers la périphérie, c'est-à-dire au delà des dimensions de la lentille elle-même.

La ponction et la contre-ponction seront faites à 1 millimètre au-dessous du méridien horizontal, de sorte que le lambeau ait de 3 à 4 millimètres de hauteur ; on peut même n'aller qu'à 2 millimètres au-dessous de ce méridien. Les deux extrémités de l'incision seront d'environ $1^{mm},5$ du bord de la cornée.

La fixation de l'œil n'aura lieu que pendant la ponction et la contre-ponction, tandis qu'un aide ouvrira les paupières. Pour finir l'incision, on lâchera la fixation, et c'est l'opérateur lui-même qui tiendra la fente pal-

pébrale ; on coupera perpendiculairement à la surface de la cornée. La hauteur du lambeau sera à la largeur de sa base, comme 2 : 13, ou comme 1 : 6. Il faut éviter la hernie de l'iris. Toutes les autres manœuvres se font sans fixation de l'œil, ce qui est bien plus facile lorsque l'on a soin de faire l'incision vers le bas.

L'iridectomie se fait en un temps, et en forme de trou de serrure ; si l'iris fait hernie, il faudra couper en plusieurs temps.

L'incision cornéenne ne donne lieu à aucune hémorragie ; s'il en survenait cependant de l'iris, l'opérateur cherchera à enlever le sang de la chambre antérieure ; si cette manœuvre ne réussit pas, Steffan conseille de mettre un bandeau sur l'œil et de ne continuer l'opération qu'après 24 ou 48 heures, le sang étant résorbé.

L'ouverture de la capsule est faite avec un kystitome de Græfe ; on pratique deux incisions verticales de chaque côté de la pupille, et celles-ci sont reliées par une incision horizontale vis-à-vis de la plaie cornéenne.

La lentille est extraite par des manœuvres de bascule faites avec les doigts.

Si la lentille reste accrochée, on déprime avec un instrument la lèvre postérieure de la plaie. .

En dernier lieu, il faudra enlever les corps étrangers enclavés dans la plaie.

Dans 86,33 0/0 de cas, le résultat fut bon ; dans 4,33 0/0, résultat moyen ; dans 5,0 0/0, résultat douteux, et dans 4,33 0/0, perte de l'œil.

ROHMER.

Moyens de combattre les accidents de suppuration consécutifs à l'opération de la cataracte, par ABADIE (*Annales d'oculistique, septembre-octobre* 1883).

L'auteur pense que ces accidents sont toujours consécutifs à l'infection de la plaie par des microbes.

Lorsque à la suite d'une opération de cataracte on reconnaît qu'il y a menace de suppuration, il faut rapidement cautériser le centre de la plaie et ses deux extrémités avec la pointe d'un galvano-cautère. Pendant les deux ou trois premiers jours ces cautérisations seront faites toutes les 12 heures, puis toutes les 24 heures jusqu'au 5e ou 6e jour où tout danger est désormais écarté.

La cautérisation une fois faite, il faut entr'ouvrir légèrement avec la pointe du couteau de Weber, la chambre antérieure de façon à laisser écouler l'humeur aqueuse ; puis on applique sur l'œil une rondelle de lint boraté sans bandeau compressif. Toutes les 3 ou 4 heures l'œil est lavé avec une solution saturée d'acide borique. A. TROUSSEAU.

Zur Casuistik der Erythropsie (Contribution à l'étude de l'érythropsie), par STEINHEIM (*Centralb. f. prakt. Augenheilk., février* 1884).

L'auteur en a observé deux cas :

Dans l'un, il s'agit d'un homme de 42 ans, grand, fort, mais rhumatisant, qui fut pris de cataracte des deux yeux. On opéra l'œil droit, le gauche pouvant encore suffire à se conduire. Tout se passa bien, lorsqu'un mois après l'opération, par un temps de neige, apparut tout à coup l'érythropsie à l'œil gauche. Le malade en fut très effrayé ; et de fait, il voyait en rouge tous les

objets blancs, alors que le temps était tant soit peu couvert, ou le soir à la lumière artificielle ; la lumière vive du soleil diminuait seule la vision en rouge. Un an après, on opère l'œil gauche, et l'érythropsie disparaît, mais pour apparaître deux mois plus tard à l'œil droit. Cette fois, le bromure de potassium administré à l'intérieur fit disparaître la vision en rouge, et la guérison semble s'être maintenue.

Le second cas se rapporte à une vieille dame de 60 ans, très nerveuse, chez laquelle depuis de longues années, on avait diagnostiqué sur les deux yeux un colobome de la choroïde et de la rétine, et colobome incomplet de l'iris. Sur ces entrefaites, survint une cataracte noire, que la malade ne consentit pas à laisser opérer ; l'érythropsie survint, rendant la malade presque folle de désespoir. Ce n'est que plusieurs mois après, que tous ces phénomènes se calmèrent, mais sans qu'on puisse affirmer que l'amélioration soit due au bromure de potassium. ROHMER.

Zur specielleren Aetiologie der nach Erysipelas Faciei auftretenden Sehnervenatrophie (De l'étiologie spéciale de l'atrophie du nerf optique survenu à la suite de l'érysipèle de la face), par A. CARL (*Klin. Monastsbl. f. Augenheilk., avril* 1884).

Un homme de 36 ans est soigné pour un érysipèle de la face, pendant lequel il voit apparaître des bulles sur le nez, sur les paupières inférieures, et un abcès à l'angle interne de l'œil gauche. L'œil droit devient amaurotique, en même temps que le globe oculaire fait une saillie assez notable ; le doigt introduit entre l'œil et l'orbite rencontre un tissu assez résistant, partout également consistant ; nulle part de fluctuation : la cornée est transparente, la pupille moyennement dilatée ; la lumière ne provoque aucune réaction pupillaire ; l'acuité visuelle = O. L'œil gauche a l'aspect normal : son acuité visuelle = 6/9 — Jaeger n° 3, à 30 centimètres. On a noté aussi du côté droit, une thrombose de veines frontales et supra-orbitaires.

A l'ophtalmoscope, on voit à droite : la pupille nettement limitée, entourée par un trouble rétinien un peu laiteux ; parmi les vaisseaux, les uns sont pleins, les autres vides de sang ; on peut encore distinguer les veines des artères ; quelques mois plus tard il survint une atrophie complète de la papille, les vaisseaux sont amincis, interrompus par places ; au niveau de la macula est apparu un îlot d'hémorragie.

L'auteur pense que l'érysipèle s'étant propagé au tissu cellulaire de l'orbite a, en même temps, occasionné une inflammation du nerf optique avec atrophie consécutive. ROHMER.

Neue Beobachtungen über Neuritis retrobulbaris peripherica (acuta et subacuta) (Nouvelles observation de névrite rétrobulbaire périphérique (aiguë et subaiguë), par HOCK (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., avril-mai* 1884).

Outre l'aspect ophtalmoscopique (non constant), outre le scotome central, et les douleurs périorbitaires, l'auteur a surtout étudié les douleurs produites par les mouvements de l'œil comme signe diagnostique de la localisation de l'infammation.

Pour Hock, le mouvement de l'œil qui est le plus douloureux ou le seul douloureux, indique certainement le point où la lésion s'est développée sur le nerf optique ; trois cas recueillis par l'auteur viennent à l'appui de cette proposition. ROHMER.

Zur Lage des Sehcentrums beim Menschen (Du siège du centre optique chez l'homme), par NIEDEN (*Beritcht ü. d. 15te Versamml. der opht. Gesellsch., Heidelberg*, 1883; *et Berl. klin. Woch.*, 29 *octobre* 1883).

Nieden communique un cas d'hémianopsie temporale unilatérale de l'œil droit, consécutive à une lésion du centre optique de l'hémisphère gauche. Il s'agit d'une fille de 21 ans, qui à la suite d'une chute sur l'occiput, fut prise de troubles cérébraux graves et d'une hémiplégie droite. Le défaut de sensation visuelle centrale et périphérique, joint à d'autres symptômes, fit croire à la présence d'un abcès extra-méningé dans la région contusionnée ; on y appliqua une couronne de trépan. A cause de l'inégalité d'épaisseur de la calotte crânienne, on lésa les enveloppes et l'écorce cérébrale ; on netrouva pas d'abcès, mais une inflammation de la dure-mère.

L'état général ne tarda pas à s'améliorer, l'hémiplégie disparut ; mais il apparut une lacune du côté temporal dans le champ visuel droit ; tandis qu'à gauche, il y avait un rétrécissement concentrique de la vision, sans lacune appréciable dans la partie encore saine.

Cet état persista, lors du rétablissement de la malade ; seulement il se produisit encore une lacune dans la partie médiane du champ visuel gauche, consécutivement à la cicatrisation de la lésion cérébrale.

Schmidt-Rimpler cite deux cas analogues. ROHMER.

De l'élongation du nerf nasal externe contre les douleurs ciliaires et le glaucome, par GILLET DE GRANDMONT (*Gazette d'opht., septembre* 1883).

L'auteur base son opinion sur cette question, non seulement sur les faits publiés par Badal, Trousseau, mais encore sur ses propres observations. Il croit que cette opération ne peut en aucun cas guérir le glaucome, mais qu'elle agit contre l'élément douleur. L'iridectomie reste le moyen héroïque à diriger contre le glaucome, la sclérotomie moins active ne s'adressant qu'aux symptômes du début et au glaucome hémorragique. A. TROUSSEAU.

Contribuzione alla nevrotomia ottico-ciliare, par GONELLA (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino, septembre* 1882).

L'auteur relate quatorze observations de névrotomie optico-ciliaire pratiquée pour prévenir une ophtalmie sympathique au début, et suivie presque constamment d'une sensibilité persistante de l'œil opéré, nécessitant à un moment donné l'énucléation. De ces faits, il conclut :

1° Que la névrotomie optico-ciliaire est une opération à rejeter, parce que, n'étant presque jamais suivie d'un succès durable, elle ne dispense pas de pratiquer ultérieurement l'énucléation, et fait perdre un temps précieux pour la préservation de l'autre œil ;

2° Que la névrotomie optico-ciliaire n'abolit pas la sensibilité de la cornée chez l'homme. H. BARTH.

De la malaxation de l'œil après la sclérotomie, par DIANOUX (*Archives d'opht. septembre-octobre* 1883).

D'après la définition de l'auteur, la sclérotomie est une opération qui consiste à créer, dans la région du ligament pectiné, une cicatrice à filtration. Pour combattre effectivement le glaucome, la voie ouverte doit être large et permanente et former une véritable soupape de sûreté. Ce but se trouvera atteint si, pendant les cinq ou six premiers jours, le chirurgien disjoint régulièrement par des pressions faites sur le globe de l'œil avec la pulpe des deux index, les lèvres de la plaie opératoire. Il est nécessaire pendant ces manœuvres de voir sourdre aux angles de la plaie scléroticale le liquide de la chambre antérieure sous forme de deux bosselures soulevant la conjonctive. On peut arriver ainsi à diminuer notablement la tension de l'œil qu'on sent se réduire sous les doigts. Les malades s'habituent facilement à exécuter eux-mêmes ces manœuvres; grâce au perfectionnement indiqué, on arrive à rendre l'action définitive de la sclérotomie bien plus durable. A. TROUSSEAU.

I. — Zur Sclerotomie. Ein experimenteller Beitrag gegen die Filtrationsfähigkeit der Skleralnarben (A propos de la sclérotomie dans le glaucome. Preuves expérimentales déniant tout pouvoir filtrant aux cicatrices de la sclérotique), par SCHŒLER (*Berlin. klin. Woch. n° 36, p. 513 et n° 37, p. 536, 5 et 12 septembre* 1881).

II. — Die Iridectomie bei primären Glaucom, par D. SULZER (*Thèse Zurich*, 1882).

III. — Ueber Glaucom und dessen Behandlung, par PFLUEGER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aezte, n° 1, p. 17, 1er janvier* 1883).

I. — Les expériences de Schœler tendent à réfuter la théorie de Wecker sur le rôle de la sclérotomie dans le glaucome et l'aptitude des cicatrices scléroticales à se laisser traverser par les liquides.

L'auteur a étudié les propriétés des cicatrices consécutives à la sclérotomie, sur l'œil des lapins, soit à l'aide du manomètre, soit en promenant du papier buvard sur elles, soit enfin en examinant leur surface à la loupe.

Jamais il n'a observé que la filtration des liquides fût accélérée. Les cicatrices kystoïdes elles-mêmes ne permettent le passage des fluides de la chambre antérieure qu'autant qu'elles se sont rompues en leur point culminant.

De plus, des sclérotomies réitérées sur un même œil ralentissent nettement la filtration.

Schœler conclut qu'il n'y a pas davantage à attendre d'une sclérotomie dans le glaucome que d'une large paracentèse de la chambre antérieure.

II. — Dans l'immense majorité des cas, Horner pratique l'iridectomie avec le couteau lancéolaire, ne se servant du couteau linéaire de Græfe que lorsque la chambre antérieure est presque effacée. En outre, avant l'opération, il instille toujours de l'ésérine qui a les avantages de diminuer la tension et la contraction du sphincter irien, de faciliter la réduction des angles de l'iris et d'accélérer le rétablissement de la chambre antérieure.

Presque sans exception, il pratique l'incision supérieure.

De 1861 à 1881, le nombre des iridectomies pour glaucome simple, faites à la clinique ophtalmologique de Zurich, a été de 103, dont 48 sur des hommes. En voici les résultats :

1° Amélioration de la vision.....	dans	23 cas	soit	22,3 0/0
2° Conservation de la vision existant avant l'opération.....		38 —	—	37
3° Conservation d'une vision moindre mais encore satisfaisante.....		24 —	—	23,3
4° Perte de la vision immédiatement après l'opération.....		4 —	—	3,8
5° Perte ultérieure de la vision.....		14 —	—	13,6

Dans la même période de temps, 149 iridectomies, sur lesquelles plus des deux tiers chez des femmes, ont été pratiquées pour des glaucomes inflammatoires, dont 67 appartenant à la forme aiguë et 82 à la forme chronique. Elles ont donné les résultats suivants :

1° Amélioration de la vision.....	dans	108 cas	soit	72,5 0/0
2° Conservation de la vision existant auparavant.....		17 —	—	11,3
3° Conservation d'une vision amoindrie mais encore satisfaisante.....		15 —	—	10,1
4° Perte de la vision immédiatement après l'opération.....		6 —	—	4,08
5° Perte ultérieure de la vision.....		3 —	—	2,02

En comparant ces résultats avec ceux de la sclérotomie, on voit que l'iridectomie reste toujours le souverain moyen contre les formes ordinaires du glaucome, tandis que les indications de la sclérotomie doivent être restreintes aux cas suivants :

1° Hydrophtalmie congénitale; 2° glaucome hémorragique; 3° glaucome absolu; 4° glaucome de la myopie extrême; 5° récidive de glaucome sur un œil iridectomisé, quand l'ésérine s'est montrée à son tour impuissante.

L'ésérine ne peut davantage prétendre à remplacer l'iridectomie parce que l'accoutumance, les phénomènes d'intoxication et la conjonctivite qu'elle entraîne, imposent certaines limites à son emploi. Son action est le plus sûre dans les formes de glaucome procédant par attaques; elle l'est beaucoup moins dans le glaucome simple.

III. — Pour Pflueger, c'est une erreur que de confondre les effets des mydriatiques et des myotiques sur l'œil à l'état normal avec leur action dans certaines conditions morbides.

De l'observation que, par exception, l'atropine provoque une attaque de glaucome aigu et du fait que maintes formes de glaucome sont heureusement influencées par l'ésérine, Laqueur (*R. S. M.*, X, 255) en a faussement conclu que l'atropine élève, tandis que l'ésérine diminue la tension intraoculaire.

Pflueger, lui, était tombé dans une erreur inverse : se basant sur les effets physiologiques de l'atropine, il ne voulait pas croire à un glaucome atropinique. Mais l'an dernier, il a eu la double occasion de voir l'atropine et l'homatropine déterminer chacune un glaucome.

De ses mensurations manométriques Pflueger conclut :

Dans les conditions physiologiques, les mydriatiques ont pour premier effet d'abaisser la tension intra-oculaire : sous l'action de quelques gouttes d'une solution d'atropine à 1/2 0/0, la colonne mercurielle fléchit de 2 à 4 millimètres.

Il n'est pas rare d'autre part de voir les mydriatiques élever une tension intraoculaire diminuée morbidement. Ils agissent alors (comme l'iridectomie, qui habituellement, elle aussi, diminue la tension) en améliorant les conditions de circulation et de nutrition du segment antérieur de l'uvée.

Lorsque les mydriatiques provoquent une attaque de glaucome aigu, c'est qu'il existait déjà soit un état glaucomateux chronique soit un glaucome simple avec exiguité de la chambre antérieure. Dans ces cas, la capsule élastique du bulbe, chargée de régulariser la tension intra-oculaire, est arrivée à sa limite extrême de fonctionnement, et le moindre épaississement de l'iris à sa périphérie, déterminé par la mydriase, suffit pour arrêter dans le canal de Fontana l'écoulement de la lymphe, qui était déjà très gêné.

Quand la chambre antérieure a sa profondeur normale, jamais Pflueger n'a pu, par l'atropine, faire passer un glaucome de l'état chronique à l'état aigu.

L'action des myotiques est bien différente. Dans les conditions normales, le premier effet de l'ésérine est d'accroître pendant quelques heures la tension intra-oculaire. Il ne résulte pas des expériences de Pflueger que cet effet primitif soit suivi d'une diminution secondaire de la tension.

Néanmoins, dans beaucoup de cas de glaucome, l'ésérine diminue la tension intra-oculaire, et cela en dépit de son effet physiologique primitif. Cet effet contradictoire est une conséquence de son action sur les fibres musculaires lisses. Le sphincter pupillaire se contracte et dégage ainsi le canal de Fontana. Peut-être l'effet de l'ésérine sur les fibres lisses des vaisseaux joue-t-il aussi un rôle.

D'ailleurs, l'effet physiologique primitif de l'ésérine se produit également sur l'œil glaucomateux ; seulement il est bientôt plus que contrebalancé par la désobstruction des voies d'écoulement de la lymphe intra-oculaire.

Dans les cas de glaucome où il y a à redouter un surcroît même léger et fugitif de la tension, il faut remplacer l'ésérine par la pilocarpine, qui est malheureusement un myotique beaucoup moins énergique, mais dont l'effet physiologique primitif est l'inverse de celui de l'ésérine, car elle diminue la tension intra-oculaire.

En dehors de l'expérimentation physiologique, il est des faits cliniques qui démontrent la fausseté de l'opinion que l'atropine accroîtrait la tension intra-oculaire tandis que l'ésérine la diminuerait. De temps en temps, en effet, on voit l'atropine guérir un glaucome aigu, et inversement l'ésérine en provoquer un. Dans les deux observations anglaises de ce genre, le cristallin était luxé. Dans l'une d'elles, l'ésérine occasionna un glaucome par un effet purement mécanique : la contraction du sphincter, survenue sous son influence, isola complètement la chambre postérieure de la chambre antérieure. Dans l'autre cas, le glaucome aigu se trouva guéri tout aussi mécaniquement par l'atropine, qui rétablit la communication

entre les deux chambres oculaires. Maintes fois à la suite d'une iridectomie pour glaucome, Pflueger a vu l'ésérine provoquer une nouvelle poussée aiguë qui cédait à un mydriatique.

Quand, à la suite d'une iridectomie pour glaucome inflammatoire, il se développe une iritis plastique avec formation de synéchies et d'exsudat, l'emploi des mydriatiques est absolument indiqué. L'atropine hâte alors le rétablissement de la chambre antérieure, tandis que l'ésérine, en élevant la tension, l'empêcherait ou même le détruirait.

Il ne faut donc pas, routinièrement, instiller de l'ésérine après toute iridectomie pour glaucome; il faut attendre que toute trace d'iritis ait disparu.

En cas que les myotiques paraissent indispensables, si l'on veut procéder avec prudence, on donnera la préférence à la pilocarpine, qui n'irrite pas l'iris.

Dans la grande majorité des glaucomes rebelles au traitement médical, c'est à l'iridectomie de Graefe qu'il faut recourir.

La sclérotomie, qui ne doit sa bonne réputation qu'à l'emploi simultané de l'ésérine, est un pis-aller dans les cas où l'iridectomie se montre inefficace ou nuisible. J. B.

Zur Casuistik der angeborenen Sehnerven-Missbildungen (Contribution à l'étude des malformations congénitales de la papille), par MAGNUS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *mars* 1884).

Garçon de 14 ans, bien développé, atteint à un haut degré d'un affaiblissement congénital de l'acuité visuelle. De l'œil droit, il peut à grand peine compter les doigts à une distance de quelques pouces, tandis que de l'œil gauche il ne parvient plus à distinguer qu'à grand peine la lumière.

Le père de l'enfant est atteint de cataracte congénitale qui l'empêche de lire, d'écrire ou de faire un métier quelconque. Chez la mère, la vue est bonne; sur 5 de leurs enfants, 3 sont atteints de troubles cristalliniens congénitaux. Il est donc difficile de dire, en cette occurrence, s'il n'existe pas encore des troubles profonds des yeux, au moins chez le père et chez l'une des filles, non opérés. Chez le fils opéré (le malade a 14 ans) de l'œil droit, on peut voir, à l'ophtalmoscope, le fond de l'œil, d'un rouge pâle comme chez les personnes blondes. A la place de la papille, on voit un croissant étroit, blanchâtre, bordé, du côté de la macula, par un rebord de pigment brun. Au côté temporal est une partie d'un rouge sombre, grisâtre, dans laquelle se perdent les vaisseaux rétiniens. Aucun vaisseau ne s'arrête sur le rudiment de la papille; quelques-uns passent sur lui, mais sans s'y perdre. On ne peut nullement attribuer la signification d'une papille à cet entonnoir où aboutissent les vaisseaux; ceux-ci, du reste, sont normaux, aussi bien quant à leur calibre que quant à leur distribution sur la rétine.

On ne voit dans l'œil aucune autre malformation. ROHMER.

Contribution à l'étude des rétinites syphilitiques et en particulier de la rétinite périmaculaire, par CAPON (*Thèse de Paris*, 1883).

L'auteur donne la description d'une variété rare de rétinite toujours syphilitique dite rétinite péri-maculaire.

Elle est caractérisée par son début brusque et ses poussées successives.

A l'ophtalmoscope, on constate une tache rouge simulant une hémorragie de la macula avec œdème rétinien périphérique.

Le pronostic est grave.

Les frictions mercurielles, l'iodure de potassium à hautes doses, les injections sous-cutanées de pilocarpine, doivent former la base du traitement.

A. TROUSSEAU.

Ueber Embolie der Netzhautarterie (De l'embolie de l'artère centrale de la rétine), par HIRSCHBERG (*Centralb. f. prakt. Augenheilk., mars* 1884).

Se basant sur un cas observé par lui, l'auteur pose les conclusions suivantes : Le massage de l'œil contre l'embolie de l'artère centrale, recommandé par Mauthner, est préférable à l'iridectomie ou à la sclérotomie ; ces dernières donnent toujours des résultats négatifs ; sans prétendre que son cas soit absolument démonstratif, cependant il plaide fort en faveur du massage (il y eut une amélioration très nette de l'acuité visuelle aussitôt après les manipulations).

Ce n'est pas l'artère cilio-rétinienne qui semble commander la marche de la cécité, mais bien une des branches profondes de l'artère centrale. On n'a pas encore donné de description bien nette au sujet du retour de la circulation dans les artères rétiniennes consécutivement à l'embolie.

ROHMER.

Extraction eines ziemlich grossen Zündhütchenstückes aus dem Glaskörper (Extraction du corps vitré d'un assez gros morceau de capsule), par IZZIGONIS (*Centralb. f. prakt. Augenheilk., mars* 1884).

Se trouvant au café, le malade ressentit tout à coup un petit choc sur l'œil, en même temps qu'il entendit l'explosion d'une capsule de fusil de chasse ; il n'y eut absolument aucun trouble de la vision, pas la moindre inflammation ; seulement il persistait une légère sensation de pression sur l'œil. Deux mois après l'accident, le malade se présente à la clinique, et la pupille dilatée par l'atropine, on constate très facilement la présence, dans l'œil, d'un corps assez gros, jaune et assez brillant, nageant dans le corps vitré, et se déplaçant à chaque mouvement de l'œil. L'organe est parfaitement sain V = 2/5. La pupille réagissait bien avant l'instillation d'atropine. En haut et en dehors de la limite scléro-cornéenne se trouve une petite cicatrice linéaire de 1,5 millimètre de long, empiétant à la fois sur la cornée et sur la sclérotique. A travers une petite incision de la sclérotique, on introduit une pince à iridectomie et on extrait le corps étranger, qui n'était autre qu'un débri de capsule. La guérison se fit sans réaction aucune : la vision resta parfaitement normale.

R.

Sehstörung bei einem Paralytiker (Scotome central progressif chez un paralytique général, par HIRSCHBERG (*Berlin. klin. Woch., n°* 39, *p.* 605, 24 *septembre* 1883).

Dans la paralysie générale progressive, on peut observer 3 espèces de troubles visuels :

1° L'amblyopie par atrophie du nerf optique ;

2° L'hémianopsie ;

3° Le scotome central progressif, dont voici un exemple.

Le malade, un homme âgé de 44 ans, tout en ayant conservé un champ vi-

suel normal et l'intégrité de la perception des couleurs, offre une diminution de l'acuité visuelle centrale qui est réduite au 1/6 de l'état normal.

Ce trouble visuel présente une grande analogie avec les amblyopies alcoolique et nicotinique.

Mais quoique cet homme ait renoncé au tabac et à la boisson, l'altération de la vue n'a pas moins subsisté, et ses nerfs optiques sont d'un blanc verdâtre.

D'ailleurs une exploration plus générale montre chez lui des symptômes indubitables de la paralysie progressive. Ses pupilles réagissent encore faiblement.

Wernicke a observé dernièrement un paralytique général qui, sans hémianopsie ni lésions ophtalmoscopiques, offrait en différents points du champ visuel des scotomes irrégulièrement distribués sous forme de taches. J. B.

Ueber den therapeutischen Werth des Iodoforms bei Erkrankungen des Auges (Valeur de l'iodoforme dans les affections oculaires), par von HIPPEL (*Berliner klinische Wochenschrift n° 3, p. 45, 21 janvier* 1884).

Dans le cours de 18 mois, Von Hippel a employé l'iodoforme chez plus de 200 malades de la clinique ophtalmologique de Giessen. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

Dans les *conjonctivites* catarrhale, phlycténulaire et granuleuse, l'iodoforme ne mérite pas la préférence sur les autres médicaments. Dans la conjonctivite blennorragique, il est très inférieur au nitrate d'argent.

Dans le *pannus* scrofuleux, il paraît abréger le processus morbide et hâter l'éclaircissement de la cornée.

Dans la kératite fasciculée, il n'est pas supporté.

En revanche, il a une action très favorable dans tous les processus ulcéreux de la cornée, notamment dans l'ulcère serpigineux, ainsi que dans les plaies cornéennes et scléroticales, qu'elles soient superficielles ou perforantes.

Il s'est montré très utile dans deux cas de suppuration partielle des lèvres de la plaie cornéale, après extraction de cataractes.

Il est impuissant contre les infiltrats superficiels, tandis qu'il modifie avantageusement les profonds.

Dans la *blépharite*, il n'offre aucune supériorité sur la pommade au précipité. J. B.

L'acide borique dans la médecine usuelle, par LEWIN (*Thèse inaugur. Bonn* 1883).

Lewin préconise l'acide borique, que de Graefe a introduit dans la thérapeutique oculaire, comme pansement après l'opération de la cataracte. Il veut aussi qu'on l'emploie dans tous les cas de catarrhe conjonctival où la sécrétion montre une tendance à se coaguler. L'acide borique doit être prescrit alors que le nitrate d'argent est contre-indiqué et que l'acide phénique irrite la cornée. Il est surtout actif dans les conjonctivites produites par un emploi prolongé de l'atropine. A. TROUSSEAU.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

I. — Ueber den Zusammenhang von Asthma nervosum und Krankheiten der Nase, par B. FRÆNKEL (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 16, *p.* 218, 18 *avril* 1881).

II. — Ueber die Bedeutung der Leyden'scher Krystalle für die Lehre vom Asthma bronchiale, par UNGAR (*Wiesbaden*, 1882).

III. — Ueber weitere Untersuchungen der Sputa bei Asthma bronchiale, par UNGAR (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 49, *p.* 765, 3 *décembre* 1883).

I. — Voltolini le premier a signalé la possibilité de relations entre l'asthme et les polypes nasaux. A sa suite, l'auteur, puis Hænisch (*Berl. kl. Woch.*, 1874, p. 503), Hartmann (*Deutsche med. Woch*, 1879, p. 373) et Schæffer (*D. m. W. idem*, p. 419) ont publié des faits de cet ordre.

Frænkel rapporte deux nouveaux cas où des polypes muqueux ont d'autant mieux semblé être la cause des accès d'asthme bronchique coexistant, que ceux-ci, disparus après l'extirpation des tumeurs nasales, se sont reproduits en même temps qu'elles récidivaient dans l'autre narine, pour cesser définitivement à la suite de leur destruction intégrale.

L'une de ces observations montre que l'asthme n'est pas une simple conséquence mécanique de l'obstruction des fosses nasales, car il peut apparaître, lors même que le polype a des dimensions insignifiantes. Frænkel en conclut qu'il s'agit d'un asthme réflexe tenant à l'irritation déterminée par les tumeurs sur la muqueuse nasale. Toutefois, il faut une certaine idiosyncrasie des malades, car la coïncidence d'asthme et de polypes est rare, et des malades peuvent avoir les deux narines obstruées par ces tumeurs sans devenir asthmatiques. Ce qui démontre au surplus qu'on n'a pas affaire à un simple effet mécanique, c'est qu'on a vu des coryzas chroniques simples provoquer de l'asthme.

La relation étroite qui unit la membrane de Schneider aux bronches, chez les asthmatiques, ressort encore de l'existence fréquente du coryza nerveux matinal, décrit par Trousseau.

L'existence d'un réflexe nasal comme point de départ d'accès d'asthme n'est-elle pas d'ailleurs manifeste chez les sujets qui sont pris d'une attaque dès qu'ils entrent dans une atmosphère renfermant certaines poussières ou certaines odeurs.

La muqueuse pharyngée paraît douée des mêmes propriétés pathogéniques, car on a signalé des asthmatiques guéris par l'amygdalotomie ou l'extirpation de polypes naso-pharyngiens (Schmid, *Deutsche Zeitsch. f. prakt. Med.*, 1877, p. 257; Porter, *New York med. Record*, 1879, p. 345; Schæffer, *loc. cit.*) (*R. S. M.*, XXI, 707; XXIII, 734 et 735.)

II et III. — Dans 39 cas d'asthme nerveux, Ungar a constamment trouvé dans l'expectoration les cristaux de Charcot, de Robin et de Leyden. Ces octaèdres incolores, qui ne sont qu'un produit de la décom-

position des cellules, ne sont nullement spécifiques, car on les rencontre dans d'autres affections bronchiques.

Mais tout aussi régulièrement que ces cristaux, on retrouve au sein des crachats d'asthmatiques des moules fibrineux, tubuleux, ramifiés des plus fines divisions bronchiques, auxquels Ungar attribue un rôle essentiel dans la genèse des accès d'asthme par l'obstruction des voies aériennes qu'ils occasionnent.

Ungar en infère que l'asthme bronchique consiste en un travail exsudatif au niveau des bronchioles les plus petites, avec formation de coagulations et oblitération du calibre des conduits aériens. Par analogie avec la bronchite fibrineuse, il propose pour l'asthme la dénomination de bronchite fibrineuse capillaire. J. B.

I. — Hay fever, its etiology and treatment, par Morell MACKENZIE (*Broch. Londres*, 1884).

II. — Hay fever and its successful treatment, par C.-E. SAJOUS (*Americ. laryng. Assoc.; Med. News*, 24 *mai* 1884).

III. — De l'asthme des foins, par BONDET, discussion par H. MOLLIÈRE, GAYET, etc. (*Lyon méd.*, *p.* 252, 22 *juin* 1884).

I. — M. Mackenzie présente dans cette brochure un résumé très complet et très intéressant de cette curieuse maladie, qu'il rattache à l'action du pollen des plantes. Parmi les causes prédisposantes, il faut citer : 1° l'influence de la race : les Anglais et les Américains sont presque les seuls à souffrir de cette maladie, qu'on ne rencontre qu'exceptionnellement en Norvège, en Suède, et rarement en France, en Italie, en Espagne. La race nègre semble réfractaire ; on ne connaît que le cas de Wyman ;

2° Le tempérament nerveux, bilio-nerveux, névro-sanguin ;

3° Les conditions sociales. On ne voit pas la fièvre des foins chez les ouvriers ou les gens de la campagne ; Mackenzie en a observé plus de 60 cas en ville et n'en a jamais vu à l'hôpital. Il est difficile d'expliquer à quoi tient cette particularité ;

4° Le sexe. Les hommes sont atteints plus fréquemment que les femmes ; sur 433 cas, on compte seulement 142 femmes ;

5° L'hérédité se rencontrerait dans 20 ou 30 0/0 des cas ;

6° L'âge. La fièvre se montre presque toujours avant 40 ans.

Parmi les causes déterminantes de l'affection, on peut invoquer la chaleur, bien que la maladie soit rare en Afrique, dans les Indes, où la température est fort élevée. En Amérique, la fièvre des foins est beaucoup plus fréquente en automne qu'en été.

Phœbus a voulu faire jouer un rôle important à l'action de la lumière ; Mackenzie n'admet pas cette cause.

Quant au rôle des poussières ordinaires, la question est très complexe, car il est difficile d'admettre que la poussière ne puisse pas contenir des grains de pollen, de la poussière de plantes, et la preuve c'est qu'en hiver la poussière n'a pas d'action nocive.

Le surmenage, la fatigue, n'agissent que comme cause dépressive et augmentent l'intensité des accès.

La vraie cause du catarrhe des foins est l'action du pollen des fleurs

sur la muqueuse du nez et des voies aériennes. On a regardé l'anthoxanthum odoratum et l'holcus odoratus comme les plantes le plus à redouter. Mackenzie croit que cette mauvaise réputation tient à leur parfum pénétrant, et qu'il faut incriminer la plupart des graminées, qui fleurissent, en effet, de la fin de mai à la dernière quinzaine de juillet. En Amérique, la plante qui cause le plus souvent ces accès est l'ambrosia artemisiœfolia, qui fleurit en août et septembre, saison où prédominent, en effet, les accès de catarrhe des foins. Mackenzie a vu un cas d'asthme causé par les roses (fièvre des roses).

Le pollen est, pour lui, la vraie cause ; mais on peut trouver d'autres substances qui provoquent, chez certains sujets susceptibles, des crises analogues, l'ipécacuanha, le soufre, par exemple. Mackenzie a vu survenir de légères attaques d'asthme à la suite d'insufflations de lycopode dans le larynx. Il ne croit pas à la théorie de Roe (voy. ci-après), partagée par Daly et Hack ; les malformations ou maladies du nez peuvent agir comme cause prédisposante, mais Mackenzie n'a constaté dans ses examens qu'une simple hyperémie, très intense et très généralisée.

Le traitement est bien peu efficace, en dehors des moyens prophylactiques, c'est-à-dire de ne pas respirer la poussière des fleurs.

Les lunettes, l'occlusion des narines, le port d'une voile épais, suffisent quelquefois comme préservatifs.

Comme thérapeutique, l'auteur prescrit les pilules de valérianate de zinc et d'assa fœtida à prendre avant la saison des foins. Pendant les crises, la teinture d'opium, l'inhalation de sels ammoniacaux, de vapeurs de benjoin. Il a obtenu de bons résultats en faisant priser la poudre de bismuth morphinée. Il déconseille les injections de quinine (Binz) ou d'acide salicylique. Si l'asthme prédomine, la combustion de papiers nitrés et imprégnés de solutions narcotiques rend de grands services.

II. — L'auteur adopte l'opinion de Roe. Il regarde l'asthme des foins comme dû à une affection des fosses nasales, latente ou réelle, et à l'irritation causée par le pollen des fleurs. Il propose comme traitement la modification de la muqueuse, de ses filets nerveux et de ses vaisseaux dilatés par la cautérisation légère au galvano-cautère. Le malade qu'il a traité par cette méthode n'avait pas eu une crise, lorsqu'il le revit au bout de 18 mois.

J.-O. Roe n'a pas vu de récidives chez des malades qu'il a cautérisés en 1879 ; il n'a eu qu'un insuccès dû à la présence d'un point hyperesthésique qui ne fut pas touché par le galvano-cautère.

John Mackenzie ne croit pas que le pollen puisse être incriminé dans tous les cas ; il a vu des malades avoir les crises les plus aiguës à une époque de l'année où le pollen ne pouvait être mis en cause. Il s'agit évidemment d'une prédisposition héréditaire ou acquise et d'une tuméfaction (*engorgement*) de la muqueuse nasale, en particulier de celle qui recouvre le cornet inférieur et la cloison. Il n'admet pas la théorie d'Harrison Allen de l'obstruction des fosses nasales.

Bev. Robinson, n'ayant rien autre sous la main, essaya les pulvérisations d'acide phénique, dans un cas d'attaque formidable chez une femme, et réussit à la calmer. Ce succès lui fit employer dès lors le même agent chez d'autres malades et il s'en est toujours bien trouvé.

Roe combat l'opinion de John Mackenzie sur l'action du pollen; elle est pour lui des plus incontestables.

S. Johnson, sujet à cette affection, raconte que les crises débutent chez lui avec la plus grande régularité le 28 août.

III. — M. *Bondet* rapporte cinq cas d'asthme des foins chez lesquels il a pu relever l'existence très précise de la diathèse goutteuse; un autre malade avait eu des névralgies de caractère arthritique. L'auteur se demande quel rôle vient jouer la diathèse dans le développement de l'affection, et il n'hésite pas à la regarder comme la cause primordiale, la poussière des foins n'agissant que comme cause déterminante.

M. *H. Mollière*, qui est atteint depuis vingt ans de cette affection, rappelle les caractères singuliers de ces accès, apparaissant brusquement et cessant de même, sans que le malade conserve la trace, un symptôme quelconque de ces hyperémies intenses des muqueuses olfactive et conjonctivale. Cette soudaineté d'évolution fait penser à un phénomène d'origine nerveuse.

M. Mollière croit que la fièvre des foins ne se rencontre que chez les goutteux et les arthritiques; il accorde moins d'importance à l'action des poussières. Sans la nier, il pense qu'on peut également invoquer comme causes l'action de la chaleur, d'une lumière intense. Il cite à cet égard une observation très démonstrative. Dans bien des cas, on ne peut trouver d'autre raison de l'apparition des accès. Il a vainement, à maintes reprises, examiné le mucus nasal et n'y a jamais trouvé le moindre élément figuré. Dans un voyage au centre de l'Europe, il fut pris d'accès violents sur le plateau de Bude en Hongrie, alors que la végétation était encore très peu développée; mais la chaleur était devenue intense.

J. Teissier admet la cause diathésique, mais croit au rôle des poussières.

Au point de vue du traitement, Bondet préconise les injections de morphine, les eaux du Mont-Dore, de la Bourboule. Mollière a obtenu de l'amélioration par l'usage des eaux de Marlioz, Contrexéville. La belladone, les douches nasales, l'hydrothérapie, ont constamment échoué chez ses malades. Pour calmer l'intensité des accès, il a recours aux inhalations de liquides aromatiques ou d'éther. A. CARTAZ.

The pathologie and radical cure of hay-fever or hay-asthma, par ROE (*New-York med. journal*, 8-12 *mai* 1883).

Suivant l'auteur, la première condition qui détermine l'apparition de la maladie est une inflammation accidentelle de la muqueuse de Schneider, ayant produit un certain degré d'hypertrophie de cette membrane. C'est un fait d'expérience, que la muqueuse ainsi altérée acquiert une hyperesthésie excessive, et que la moindre irritation portée à sa surface peut déterminer, par voie réflexe, des phénomènes congestifs et spasmodiques du côté du larynx et des bronches. Lors donc que cette inflammation chronique de la muqueuse nasale existe chez un sujet, le contact du pollen des fleurs ou des herbes, diverses autres poussières mêmes, qui seraient sans action sur un individu sain, suffisent à provoquer chez lui un accès dyspnéique ressemblant à l'asthme. Dès que par le déplacement, ou par une circonstance météorologique, le malade est soustrait à

l'inhalation de ces poussières, les accidents disparaissent, mais pour se reproduire au retour des mêmes conditions. — Le seul moyen de guérir radicalement la prédisposition morbide d'où dérive l'asthme de foin serait donc de traiter localement l'affection chronique des fosses nasales.

L'auteur relate cinq observations d'asthme de foin invétéré, ayant disparu complètement après l'ablation des portions hypertrophiées de la muqueuse de Schneider.

Daly (*Arch. of laryngol.*, n° 2, 1885) admet la même théorie.

H. BARTH.

Sur les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par V. CORNIL (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, *novembre* 1883).

Ces tumeurs adénoïdes sont dues simplement à l'hypertrophie des follicules clos et à une infiltration inflammatoire de la portion superficielle de la muqueuse, qui devient saillante et bourgeonnante. Elles se montrent en effet formées par une zone corticale, bosselée et verruqueuse, contenant des follicules hypertrophiés au milieu d'un tissu embryonnaire, et par un tractus fibreux central contenant les artérioles et veinules de la tumeur. Les glandes acineuses se rencontrent assez rarement dans les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, et, quand elles s'y trouvent, elles sont normales. Le rôle des follicules clos est donc tout à fait prédominant. Ces hypertrophies de l'amygdale pharyngienne ont une grande analogie avec celles de l'amygdale buccale : elles en diffèrent seulement en ce que l'hypertrophie de l'amygdale amène avec elle une formation de tissu conjonctif dense qui sépare les groupes de follicules clos et détermine une notable induration de l'organe. Enfin la nature du revêtement épithélial, pavimenteux, stratifié dans un cas, à cellules cylindriques dans l'autre, donne un tout autre aspect aux sécrétions qu'on observe à la surface des tumeurs ou dans les plis et dépressions de la muqueuse. M. DUVAL.

Contribuzione allo studio del Rinoscleroma, par F. MASSEI et G. MELLE *Arch. ital. di laringologia*, *avril* 1884).

Au mois de juillet 1880, M. Massei recevait à sa clinique une femme pâle, lymphatique, âgée de 34 ans, qui se plaignait d'anosmie et de difficulté de respirer par le nez. Ce serait depuis 4 ans, à la suite de coups sur la région nasale, qu'elle aurait vu le nez se remplir de tumeurs. L'auteur posa à ce moment le diagnostic probable de papillome fibreux, fit une incision au galvanocautère. La malade trouvant que la respiration était plus libre, partit sans attendre une nouvelle opération ; elle revient au bout d'un an avec une occlusion des narines aussi prononcée. Elle voit un autre médecin qui cautérise avec le nitrate acide de mercure.

A la fin de 1883, elle revient à la clinique et on constate les détails suivants : olfaction abolie, respiration nasale impossible. Les narines sont bouchées par une masse néoplasique qui s'étend sur la peau de la lèvre et sur les ailes du nez, dilatant les narines. De coloration rouge grisâtre, cette tumeur présente au centre une ulcération, résultat de la dernière cautérisation. La peau du nez a sa coloration et sa consistance normales ; mais la tumeur présente une dureté éburnée, faisant corps avec la charpente cartilagineuse. Rien au palais, au pharynx, ni au larynx. Pas de syphilis, aucun engorgement ganglionnaire.

Avec l'anse d'un serre-nœud, l'auteur enlève successivement les parties saillantes de la tumeur des deux côtés. Les parties profondes sont disséquées au bistouri sans trop de difficulté. La malade part au bout de quelques jours; elle est morte un peu plus tard, des suites d'un avortement.

L'auteur discute la nature de cette tumeur, qu'il regarde comme un rhinosclérome. On trouvera dans le mémoire les détails complets des examens histologiques. Il ne partage pas l'opinion des auteurs qui veulent faire de cette tumeur une forme à part ou un épithéliome, etc., il ne croit pas fondée non plus l'opinion de Babès et de Cornil, qui n'ont voulu voir dans les microbes spéciaux du rhinosclérome que les granulations du protoplasma devenues libres et colorées par les sels d'aniline. Pour lui, on doit, au point de vue anatomique, regarder le rhinosclérome comme un granulome; sa nature parasitaire ne fait pas l'ombre d'un doute, et Massei dit avoir reconnu des micro-organismes bien nets.

Massei cite, en terminant ce travail, une autre observation de rhinosclérome. A. CARTAZ.

Ueber Rhinosklerom und dessen Behandlung (du rhinosclérome et de son traitement), par Ed. LANG (*Wien. med. Woch.*, *n°* 24, 1883).

Cette observation est surtout intéressante au point de vue du traitement qu'a inspiré la découverte de Fritsch (bactéries du rhinosclérome, *R. S. M.* XXII, 636), et qui a fourni de bons résultats.

Un Polonais de 46 ans se présente le 3 août 1882 à la clinique d'Innsbruck. Il n'a pas eu la syphilis, ses antécédents pathologiques sont nuls. En juillet 1881, contusions multiples de la face et blessure du nez nécessitant un séjour d'un mois à l'hôpital. Six mois après l'accident, il s'aperçoit que la narine gauche est devenue imperméable à l'air; des cautérisations pratiquées par un médecin restent inefficaces.

Le nez a acquis un volume deux fois plus considérable qu'à l'état normal; c'est la moitié gauche de l'organe qui contribue surtout à la déformation; elle est envahie par une induration qui s'étend à la cloison et à la lèvre supérieure. La peau a perdu ses plis; elle est lisse, de coloration bleuâtre. Le bord de l'orifice nasal gauche, dur et épaissi, présente deux échancrures semi-lunaires séparées par une saillie en triangle. Cet orifice, qui semble élargi au premier abord, est remplacé par une cavité à parois inégales, au fond de laquelle on trouve à grand peine une ouverture qui puisse admettre la sonde cannelée. Examen rhinoscopique impossible.

Les excroissances de la cloison ont eu pour résultat de rétrécir la narine droite.

Sur le palais, de chaque côté de la ligne médiane, existent des saillies plates et dures. Le côté gauche de la face postérieure du pharynx est recouvert d'une plaque blanchâtre, ovale, saillante et très résistante.

Léger gonflement des ganglions du cou et de la nuque.

L'auteur excise, dans la narine gauche, un lambeau des tissus indurés, de façon à faire pénétrer une sonde de femme. Puis il institue le traitement suivant : tous les deux jours injection, dans l'épaisseur même des tissus (à l'aide d'une seringue de Pravaz), d'une solution d'acide salicylique à 1/100. Introduction, dans les fosses nasales, de sondes métalliques recouvertes d'acide salicylique en poudre; douches nasales et badigeonnages des parties malades avec la solution salicylée; application d'onguent salicylé, usage de deux grammes par jour d'acide salicylique à l'intérieur.

Au bout de dix jours, on remarque déjà que les injections parenchymateuses

ont fait diminuer la sclérose; la plaque pharyngée est moins saillante et moins étendue. La vascularisation des tissus a diminué. En quelques semaines se produit une amélioration très notable : sur plusieurs points, les tissus ont repris leur consistance normale, mais il reste encore quelques indurations limitées comme de petites tumeurs.

Le 12 novembre, l'auteur abandonne l'acide salicylique; il se sert d'une solution d'acide phénique à 1/100 pour injections parenchymateuses, à 2/100 pour badigeonnages, et d'une pommade à 1/2 0/0. Les injections sont faites non seulement dans les tissus du nez, mais aussi dans l'épaisseur du palais et du pharynx. Ce traitement produit de bons résultats; il est continué jusqu'au 4 février. Le malade quitte l'hôpital avant guérison complète pour des motifs d'ordre administratif, et l'auteur regrette de n'avoir pu terminer une cure si heureusement commencée. L. GALLIARD.

Ein Fall von ulceröser Entzündung im Bereiche der rechten Siebbeinhälfte mit letalem Ausgang (Ulcération dans la région ethmoïdale, moitié droite, suivie de mort), par SCHÄFER (*Prager med. Wochenschrift* 20, 1883).

Le malade présentait les symptômes d'un coryza avec céphalalgie. A son entrée, on constatait une tuméfaction des paupières (œil droit) avec douleur dans l'œil, sensation de pression dans la région du nez et du front ; la sécrétion était peu considérable. L'abcès en formation fut traité par des incisions multiples : malgré cela, le malade mourut avec des accidents méningitiques.

Il existait, en effet, une ostéite purulente de l'orbite provenant des cellules ethmoïdales droites; méningite et abcès du cerveau, gros comme une noix. R. C.

The local use of the bichloride of mercury in diseases of the nose and the throat, par John-W. MACKENZIE (*Maryland med. Journal*, 15 *février* 1883).

L'auteur emploie une solution de sublimé à la dose de 1/900 en pulvérisations dans les cas de sécrétion nasale abondante et de fétidité. En quelques jours la guérison est complète. R. C.

De l'emploi de l'acide chromique pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx, par Th. HERING (*Rev. mens. de laryngol., mai-juin* 1884).

L'auteur préconise ce caustique dans les formes de catarrhe chronique du pharynx ou du nez, d'hypertrophie de la muqueuse de ces régions. Il le regarde comme préférable au galvanocautère. Il commence par un lavage du nez avec une solution faible de borax, puis avec une baguette de verre trempée dans une solution chromique concentrée; il cautérise les parties tuméfiées, d'un seul côté pour commencer; on fait aussitôt après une injection.

Hering détruit par le même moyen le pédicule des polypes nasaux.

La cautérisation pharyngée, pour la pharyngite granuleuse ou hypertrophique, réussit également bien ; mais elle demande de grandes précautions. L'auteur emploie aussi l'acide chromique pour cautériser les ulcérations des cordes vocales, tuberculeuses ou syphilitiques.

Voici le moyen qu'il indique pour fabriquer un crayon caustique. Sur

une lampe ordinaire on chauffe à l'extrémité d'une sonde d'argent un très petit fragment de cristal ; le fragment fond, crépite et forme une masse gluante, épaisse, d'un brun foncé, qui se fige assez rapidement en coiffant le bout de la sonde. Cet enduit reste fortement adhérent et ne s'émiette pas. A. C.

A case in which a pocket knife remained for seven months in the post pharyngeal tissue, par Thomas SMITH (*St-Barth. hosp. Rep. XIX, p.* 45, 1883).

Une aliénée, âgée de 62 ans, avale un canif dont elle a soin de laisser la lame à demi ouverte, dans le but de se détruire. Un médecin, appelé pour l'examiner, trois heures après l'accident, explore avec soin l'œsophage sans trouver d'épaississement, la sonde sans constater de corps étranger. La seule chose qui se voie est une petite incision à la base de la langue, au voisinage du palato-glosse. Il en conclut que si réellement le canif a été avalé, ce qui est douteux, il doit avoir pénétré dans l'estomac. D'ailleurs la malade est calme, sans fièvre, et souffre peu.

Trois jours après un gonflement de la partie supérieure du cou se produit derrière le sterno-mastoïdien gauche, avec dysphagie et douleur rétro-pharyngienne : il s'écoule dans la bouche des mucosités abondantes, qui prennent bientôt une odeur fétide (gargarismes au permanganate de potasse). Ces accidents aigus ne persistent pas : le gonflement du cou diminue, l'écoulement disparaît, et dans une consultation, tenue quinze jours après l'accident, on s'accorde à regarder comme très peu vraisemblable la présence du canif dans le pharynx.

Même état pendant deux mois : peu de douleurs, mais dysphagie notable, d'où amaigrissement.

Vers la douzième semaine, on constate le long du cou, plus près de la clavicule que de la mâchoire, un point induré, un peu douloureux à la pression. Cependant la douleur spontanée se fait sentir plutôt à la nuque. Il existe un peu de toux, et l'expectoration est plus abondante. Une sonde œsophagienne passe librement : et bien qu'on ait la conviction que le canif soit quelque part dans le cou, il est impossible de le découvrir avec certitude.

La santé décline progressivement, et, sept mois après l'accident, la mort survient par hémorragie foudroyante.

A l'autopsie, le tissu cellulaire profond du cou fut trouvé épaissi et condensé : il formait une loge rétro-œsophagienne pleine de pus et de sang. Dans cette loge se trouvait le canif, dont le grand axe était parallèle à la colonne vertébrale et qui reposait directement sur les corps vertébraux, à gauche de l'œsophage. L'extrémité supérieure de la loge s'ouvrait dans le pharynx par une petite boutonnière située derrière le pilier postérieur gauche du voile du palais. La mort avait été produite par l'ulcération de la carotide primitive. H. R.

A case of pyœmia, consequent on an abcess formed after the impaction of a set of artificial teeth in the pharynx, par W.-S. CHURCH (*St-Barth. hosp. Rep. XIX, p.* 51, 1883).

L'auteur rappelle les accidents graves qui peuvent se produire par le fait des dentiers artificiels.

Cas de Pollock (*Lancet*, 1869). Jeune homme tombant sur la mâchoire et perdant immédiatement connaissance, comme si la chute était la conséquence d'une hémorragie cérébrale.

A l'autopsie, on trouve un dentier repoussé en arrière et obstruant l'épiglotte.

Ailleurs, ce sont des dents ou des fragments de dentiers qui se trouvent avalés, poussés dans le pharynx, et qui déterminent de vastes phlegmons du cou (Weiss, Garbrik). L'auteur publie un cas analogue.

Un homme de 26 ans avale, en dormant, le 13 mai, une pièce de dentier portant deux dents artificielles : il vomit sans rendre le corps étranger. Trois heures plus tard, dysphagie, gonflement du cou et emphysème sous-cutané. Le malade étant chloroformé, après beaucoup de difficulté, on extrait le dentier : malgré cela, continuation de l'emphysème et de la dyspnée, mort le troisième jour après l'opération : on trouve une perforation de l'œsophage au niveau du cartilage cricoïde et un abcès du médiastin avec pleurésie purulente.

A propos de ces faits, l'auteur étudie la question des corps étrangers du pharynx et arrive aux conclusions suivantes :

1° Nécessité d'extraire par la bouche tous les corps étrangers enclavés dans le pharynx ou l'œsophage quand cela est possible ;

2° Éviter les vomitifs quand il s'agit de corps volumineux à surface irrégulière ;

3° Dans le cas de petits objets (arêtes de poisson) que l'on ne peut atteindre ni extraire, faire avaler au malade de larges bouchées de mie de pain, pour les entraîner mécaniquement dans l'estomac ;

4° Ne refouler le corps étranger dans l'estomac qu'avec les plus grandes précautions et avec une grande lenteur ;

5° Recourir à l'œsophagotomie dans les cas graves. H. R.

Su di un caso di tubercolosi faringea, par DECIO DE CONCILIIS (*Arch. ital. di laringologia, avril* 1884).

Homme de 38 ans, sans antécédents héréditaires ; sa femme est morte phtisique. Il y a quinze mois, à la suite d'un refroidissement, douleurs dans la gorge, aphonie, sensation d'un corps étranger, puis déglutition pénible. Depuis cinq mois toux avec expectoration, ptyalisme rebelle.

On trouve sur la paroi postérieure du pharynx, sur les piliers et sur le voile, de petites ulcérations superficielles, entourées d'une zone œdémateuse, à fond caséeux. Sur les bords se trouvent de petites granulations grisâtres. Sur la luette on trouve deux ulcérations disposées symétriquement et de la dimension d'une lentille. En dehors des caractères de ces petites ulcérations on trouvait la confirmation du diagnostic dans l'évolution ultérieure d'une tuberculose pulmonaire qui emporta le malade quelques semaines plus tard. L'autopsie n'a pas été faite. A. CARTAZ.

Cases of pharyngotomy, par William Ireland WHEELER (*The Dublin journ. of med. Sc., p.* 385, *mai* 1884).

Le premier cas concerne un homme qui s'était accidentellement enfoncé une aiguille dans le pharynx, et chez lequel le corps étranger donnait lieu à des accès de suffocation rappelant ceux de l'œdème de la glotte. Après avoir épuisé tous les moyens d'extraction possibles, l'auteur fait l'opération suivante : incision sur le côté gauche du cou, depuis l'os hyoïde jusqu'au cartilage cricoïde ; mise à nu de la bifurcation de la carotide primitive, ainsi que de la thyroïdienne supérieure ; section de l'omo-hyoïdien. Après avoir écarté les vaisseaux, une sonde passée dans la bouche et le pharynx fait saillir ce

dernier par la plaie du cou. Sur la partie saillante, on fait une petite incision qui permet d'introduire le doigt dans la cavité pharyngienne et d'explorer la muqueuse. Malgré cela, l'extraction de l'aiguille fut très laborieuse et le malade faillit périr de suffocation. Les suites de l'opération furent très simples.

La seconde observation peut ainsi se résumer :

Tumeur sarcomateuse, à cellules fusiformes, faisant saillie entre le ligament stylo-hyoïdien et l'apophyse styloïde, obstruant l'œsophage et le larynx et déterminant des accès de suffocation menaçants. Pharyngotomie qui permet l'énucléation rapide de la tumeur. Récidive, quelques mois plus tard, de la néoplasie, un peu au-dessous de la première tumeur, et mort par suffocation.

H. R.

Die Ludwig'sche Angina, par ROSER (*Deutsche med. Woch., n°* 11, 1883).

Ludwig a décrit, en 1836, une affection caractérisée par l'inflammation de la glande sous-maxillaire et du tissu cellulaire qui l'entoure, affection qu'il considérait comme essentiellement grave, car dans ses quatre observations il y avait trois morts et une seule guérison. L'angine de Ludwig, puisque c'est l'expression consacrée, est épidémique et paraît due à un organisme infectieux encore indéterminé. On l'observe en général sur les jeunes sujets, assez souvent chez les militaires. Elle se manifeste sous forme de tumeur saillante à la région sous-maxillaire et sous la langue, douloureuse à la pression, s'accompagnant d'œdème collatéral. Dans quelques cas elle peut disparaître spontanément ; dans les cas graves elle suppure, et si le chirurgien n'intervient pas rapidement, on peut voir survenir tous les graves accidents du phlegmon profond.

L'auteur a observé une vingtaine de cas d'angine de Ludwig, dont sept chez des soldats. Deux fois l'affection était bilatérale. Huit fois la suppuration s'est produite, et chez trois malades l'abcès a apparu près du canal de Wharton. L'incision a été pratiquée soit à la région sous-maxillaire soit au-dessous de la corne de l'oshyoïde.

L. GALLIARD.

Ueber die Behandlung der Angina catarrhalis (Traitement de l'amygdalite aiguë), par B. FRÆNKEL (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 47, *p.* 689, *et n°s* 50, *p.* 721, 21 *novembre et* 12 *décembre* 1881).

L'auteur est sujet lui-même à l'angine folliculeuse. Après avoir essayé les diverses médications préconisées, il croit avoir trouvé dans la quinine un véritable spécifique de cette affection. D'après lui, la quinine abrège la durée de l'amygdalite, qui ne dépasse jamais 48 heures, et atténue en même temps les symptômes locaux : gonflement, rougeur et sécrétion.

Chez 22 malades atteints de cette affection, il a obtenu les mêmes succès. Comme il s'agit là d'une maladie sujette à récidives, les patients se rendent très bien compte des heureux effets du médicament.

Personnellement Frænkel a pris 75 centigrammes de sulfate de quinine dans l'espace d'une heure. Il ajoute que la quinine n'empêche pas la terminaison par esquinancie.

Il ne lui paraît pas que ce soit en vertu de ses propriétés antifébriles que la quinine agisse, car le salicylate de soude ne lui a pas donné les mêmes résultats.

Dans la discussion, Ewald cite un pharmacien sujet à l'amygdalite, qui recourait chaque fois, avec avantage, à la quinine.

Restlag l'emploie pour ses malades depuis un an et demi et s'en trouve bien, mais il administre en même temps de la glace, intus et extra.

Nathanson croit avoir obtenu des succès identiques avec l'azotate de soude, qui a été préconisé autrefois par Rademacher. J. B.

I. — Behandlung der Angina catarrhalis mittelst Chinin (Traitement de l'angine catarrhale par la quinine), par WEISSENBERG (*Allgem. med. Central-Zeitung*, 30, 1884).

II. — Tincture of Guajac in the treatment of acute sorethroat (Teinture de gaïac dans l'angine aiguë), par J.-B. POTSDAMMER (*Philadelphia med. surg. Reporter L.* 3, 19 *janvier* 1884).

I. — B. Frænkel avait vanté l'emploi du sulfate de quinine dans l'amygdalite des adultes. Weissenberg confirme ses observations et a obtenu une amélioration marquée et rapide avec 1 gramme par jour.

II. — Postdammer confirme la valeur bien connue déjà du gaïac dans cette affection. R. C.

Calcification de l'amygdale, par N. KAMPF (*Wratsch*, *n°* 12, 1884).

Sur une des amygdales, l'auteur enleva une concrétion ovoïde et friable de 4 cent. 1\2 de long. La malade, âgée de 24 ans, souffrait depuis sept ans de troubles de la déglutition avec exacerbations. La face externe était lisse, la face interne rugueuse. Il subsista une cavité à parois lisses, d'un rouge sombre. R. C.

Recueil clinique sur les maladies du larynx, par E.-J. MOURE (*Tome I, fasc.* 1, *Paris* 1884).

L'auteur a rassemblé dans cette brochure quelques-unes des leçons professées à sa clinique en y joignant d'intéressantes observations recueillies dans sa pratique.

1° Il cite tout d'abord un cas *d'œdème aigu primitif* des replis aryténo-épiglottiques, survenu chez un jeune homme de 24 ans, artiste lyrique. Pendant qu'il chantait, le malade éprouva un sentiment de gêne dans la gorge, qui lui fit abréger la durée de la séance musicale. Le lendemain il éprouvait, avec de la douleur, une grande difficulté dans la déglutition et un certain embarras de la respiration lorsqu'il voulait marcher vite. Pas d'accès de suffocation, Sensation bien nette d'un corps étranger dans l'arrière-gorge. A l'examen on trouva une rougeur très vive du voile du palais, des amygdales et du pharynx. Épiglotte saine. Gonflement œdémateux considérable des replis ary-épiglottiques, plus marqué du côté droit. Rien à la glotte. On ne trouve absolument rien dans les antécédents qui puisse expliquer la brusque apparition de cet œdème, qui céda en quatre ou cinq jours, sous l'influence d'un traitement antiphlogistique.

2° Dans le chapitre des *paralysies laryngées*, l'auteur rapporte une observation inédite de paralysie de l'ary-aryténoïdien qui guérit rapidement par l'électrisation directe. La cause, dans ce cas, devait être rapportée vraisemblablement à l'hystérie.

Suivent quelques observations de paralysies unilatérales et une observation de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs.

3° *Kystes du larynx*. Dans un travail publié en 1881 (*R. S. M.*, XIX,

303) M. Moure avait réuni 93 observations de tumeurs de ce genre. En groupant tous les faits rapportés depuis cette époque, il arrive au total de 117 cas, qui se répartissent, comme siège, de la façon suivante :

Épiglotte	50
Cordes vocales	45
Ventricules de Morgagni	8
Cartilages aryténoïdes	4
Replis ary-épiglottiques	3
Cartilages de Santorini	1
Bandes ventriculaires	2
Siège non indiqué	4

M. Moure regarde les kystes du larynx comme une affection rare. Ils se développent lentement et ont leur point de départ dans une dilatation des culs-de-sac glandulaires ou des canaux excréteurs. Ce sont des tumeurs bénignes qu'on guérit radicalement par l'écrasement ou l'excision.

4° Sous le nom de *laryngite sèche*, M. Moure rapporte deux cas d'une forme de laryngite chronique ayant la plus grande analogie avec l'angine atrophique, dont elle paraît, du reste, n'être que la suite. On trouve, comme dans la laryngite chronique ordinaire, la sensation de chaleur, de picotement, l'enrouement ; mais au lieu de trouver l'appareil laryngien avec les signes habituels d'hyperémie, on constate sur les cordes vocales ou au niveau de la muqueuse inter-aryténoïdienne, de petits amas de mucus desséché, d'un gris verdâtre ; la muqueuse a un aspect vernissé.

Cette forme est justiciable de la médication sulfureuse, de l'iodure de potassium ; les solutions de chlorure de zinc ou de teinture de capsicum seront employées comme médication topique.

J'ai eu l'occasion de voir un malade atteint d'une laryngite semblable à celle que décrit M. Moure, mais qui résista longtemps à la médication. Je reconnus ultérieurement chez le malade les signes du diabète et l'état local s'amenda au fur et à mesure de la diminution du sucre dans les urines.

A. CARTAZ.

The valvular action of the larynx, par Lauder BRUNTON et Th. CASH (*Journ. of anat. and physiol.*, *vol. XVII*, *avril* 1883).

Les expériences de ces deux auteurs confirment complètement celles de Wyllie. L'entrée de l'air dans la glotte est empêchée par le rapprochement des vraies cordes vocales, mais celles-ci n'ont qu'une action très peu marquée sur la sortie de l'air. Les fausses cordes, ou les bords du ventricule, ont, au contraire, peu d'action pour empêcher l'entrée de l'air dans les poumons. Mais quand les bords sont rapprochés l'un de l'autre, ils agissent comme des valvules et offrent une grande résistance à la sortie de l'air ; on doit donc les regarder comme un des principaux facteurs de la fermeture de la glotte pendant l'effort.

Il paraît résulter des recherches de Lauder Brunton et Cash que chez les animaux qui n'ont pas besoin d'avoir le thorax immobilisé, les cordes vocales supérieures sont rudimentaires ou même manquent complètement, et que chez les animaux pour lesquels l'immobilisation du thorax est un avantage pour donner une grande précision de la force aux mou-

vements des membres antérieurs, pour frapper, grimper ou étreindre les cordes vocales supérieures sont bien développées.

Bien que la faculté de vomir, que possède une espèce animale, ne dépende pas entièrement de la présence de fausses cordes vocales, si celles-ci existent, leur action pour fermer la glotte est un important facteur dans l'acte de vomissement.

F. H.

A rare form of laryngeal neurosis, par P.-Mac BRIDE (*Edinb. med. Journ.*, *p.* 790, *mars* 1884).

Sous ce titre, l'auteur rapporte le fait suivant, comparable aux cas de vertige laryngé décrits par M. Charcot.

M. D..., âgé de 35 ans, avale, il y a huit mois, une arête de poisson qui reste fixée une demi-heure environ sur le pharynx. Deux jours plus tard, en montant au lit, il est pris d'une dyspnée extrême, qui le force à passer la nuit sur un fauteuil. Quelques jours de repos et un purgatif semblent le remettre, mais à partir de ce moment il éprouve des vertiges d'une nature spéciale. Pendant un instant il devient très pâle, sans perdre cependant connaissance. L'attaque commence par une petite toux sèche, avec sensation de constriction du larynx et de l'arrière-gorge, et impression d'une sorte de pause respiratoire. Parfois, mais rarement, les objets semblent tourner autour de lui pendant l'accès.

A chaque mouvement de déglutition, le malade fait entendre une sorte de claquement dû à la contraction spasmodique des muscles du pharynx.

L'examen local de l'arrière-gorge et du larynx ne montre que des lésions insignifiantes : un peu de congestion de la muqueuse et c'est tout. Les autres organes sont sains, à part de l'exagération de la réflectivité de la moelle, se traduisant par l'augmentation du réflexe patellaire.

L'auteur admet que l'excitation de la muqueuse laryngée, qui détermine la toux, provoque un spasme de la glotte : de là tendance à la syncope par trouble vasculaire cérébral ou bulbaire, et vertige. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait clinique est à retenir, car ces sortes de vertiges laryngés constituent, tantôt une névrose essentielle, tantôt un symptôme de l'ataxie locomotrice.

H. R.

Permanent unilateral paralysis of laryngeal abductors, following cerebral hemorrhage, unique case, par BRYSON DELAVAN (*Americ. laryng. Assoc. Med. news*, 17 *mai* 1884).

L'auteur a soin de déclarer, en le publiant, qu'il n'a aucune théorie à proposer pour interpréter ce fait curieux.

Homme de 69 ans, sobre mais grand fumeur, rhumatisant et atteint fréquemment de catarrhe pharyngé. En 1876, sorte d'attaque ou de vertige, sans conséquences; en 1877, apoplexie suivie d'hémiplégie complète. En même temps, la voix est devenue cassée, voilée. Il y avait eu aussi paralysie faciale et ptosis palpébral. Rétablissement fort lent; mais au bout de plusieurs mois, tous les symptômes de paralysie avaient disparu. La voix seule restait dans le même état.

L'auteur eut l'occasion d'examiner le larynx de ce malade en 1882; il trouva une paralysie complète des abducteurs à droite, la corde vocale ne bougeant plus de la ligne médiane.

On pourrait penser à une lésion, par l'hémorragie cérébrale, d'un centre indépendant dans les abducteurs, mais comment expliquer la persistance de cette lésion, alors que l'hémiplégie a disparu. A. CARTAZ.

I. — Tuberkulöse Tumoren im Larynx. Endolaryngeale Extirpation. Heilung, par SCHNITZLER (*Wiener med. Presse, avril* 1883).

II. — Tubercular tumours of the windpipe, par John-N. MACKENZIE (*Maryland med. Journal*, 1er *juin* 1882, *et Arch. of medicine, octobre* 1882).

III. — A case of tubercular tumours of the larynx, par Percy KILD (*Clin. Society; Med. Times*, 26 *août* 1884).

I. — Un jeune russe, souffrant depuis plusieurs mois d'enrouement et depuis quelques semaines de dyspnée, se présente à la fin du mois de novembre 1882. A l'examen laryngoscopique, l'auteur constate plusieurs tumeurs grisâtres non ulcérées, grosses comme des pois ou même comme des noisettes provenant des ventricules de Morgagni et remplissant presque la totalité de l'espace laryngé supérieur. Ces tumeurs ressemblent fort à des papillomes, mais l'exploration minutieuse et l'étude des antécédents permet à Schnitzler d'admettre, malgré la rareté du phénomène, des agglomérations de tubercules miliaires. Les deux poumons sont infiltrés de tubercules.

L'auteur cherche à les extirper directement, mais l'imminence de l'asphyxie le force à pratiquer d'abord la trachéotomie. L'examen histologique de Kundrat confirme le diagnostic.

L'insufflation d'iodoforme a pour résultat de guérir les plaies laryngées, de diminuer la tuméfaction de la muqueuse et même de rendre au cartilage aryténoïde immobilisé par la périchondrite une partie de ses mouvements. Au bout de trois mois on peut enlever la canule.

La voix du malade est encore enrouée, mais il n'y a pas la moindre dyspnée et le sujet peut être considéré comme guéri, bien qu'il soit nécessaire de réserver le pronostic et de prévoir les récidives. L. GALLIARD.

II. — L'auteur rapporte un cas de tumeur nodulaire diffuse occupant tout le vestibule du larynx et se terminant sur les bords libres des bandes ventriculaires. Dans une autre observation la tumeur occupait la trachée. Ces tumeurs étaient formées par une masse fibro-caséeuse contenant des granulations tuberculeuses miliaires. Les tumeurs avaient pris naissance dans le tissu sous-muqueux. Il n'existait aucune ulcération des voies aériennes supérieures.

III. — Homme de 50 ans qui se présente à la consultation de Brompton hospital pour de la toux, de la dyspnée. On trouve de la submatité des sommets, sans râles; le larynx offre les particularités suivantes : à l'extrémité postérieure de la corde gauche on voit une tumeur sphérique, de la grosseur d'un petit pois; à la partie correspondante de la corde droite, une toute petite saillie rosée. Pendant des mois l'état pulmonaire ne change pas; mais la saillie de la corde droite devient une tumeur analogue à celle de gauche. Dix semaines après la première visite, le malade rentre à l'hôpital pour des attaques de spasme laryngé; il sort peu après. Même état des tumeurs et de la poitrine. Un mois après, il revient avec des signes de caverne du poumon gauche, un gonflement énorme des replis aryépiglottiques, sans changement des tumeurs des cordes. L'état s'aggrave rapidement, on est obligé de pratiquer la trachéotomie; mort deux jours après.

A l'autopsie on reconnaît une phtisie à forme fibroïde du poumon gauche, une ulcération tuberculeuse de la paroi postérieure du larynx et de la trachée et les tumeurs reconnues du vivant sur les cordes. Athérome et dilatation de l'aorte. Foie gras. Ulcération tuberculeuse du côlon.

L'examen histologique des tumeurs laryngées fait reconnaître leur caractère tuberculeux; au-dessous on trouve une infiltration tuberculeuse de la muqueuse et du tissu sous-muqueux. Dans tous ces points on trouve des bacilles caractéristiques. A. CARTAZ.

Des formes cliniques de la tuberculose laryngée, pronostic et traitement, par A. DUCAU (*Thèse de Bordeaux*, 1883).

On peut reconnaître à la tuberculose laryngée trois formes : aiguë, subaiguë et chronique.

La forme aiguë est essentiellement caractérisée par la généralisation des lésions, par la congestion intense des tissus, puis des ulcérations multiples et un gonflement inflammatoire très accentué, et, avant tout, par la rapidité de son évolution.

La forme chronique, au contraire, se fait remarquer par le petit nombre et le peu d'étendue des lésions qui n'existent qu'en certains points, presque toujours déterminés, par leur tendance à rester longtemps stationnaires si rien ne vient contrarier leur marche, par la pâleur des tissus, par des troubles fonctionnels moins prononcés, enfin par sa longue durée.

La forme subaiguë est intermédiaire aux précédentes. Si les lésions y sont confluentes, comme dans la forme rapide, elles résistent moins au traitement, ce qui la rapproche de la forme lente. Sa caractéristique est de procéder par poussées successives, coïncidant ou non avec les poussées pulmonaires et le plus souvent aggravées par elle.

Le pronostic varie également; il est toujours fatal dans la forme aiguë; la seconde forme est susceptible de s'améliorer, et même de guérir quelquefois. Quant à la forme subaiguë, son issue est le plus souvent fâcheuse, mais elle peut devenir jusqu'à un certain point favorable, lorsque, sous l'influence de la médication, elle passe à l'état chronique.

Le chapitre réservé à l'étude du traitement est très complet. L'auteur y discute les indications des divers agents thérapeutiques. Il rejette d'une façon absolue le séjour au bord de la mer et toute médication irritante, telle que l'usage des sulfureux (intus et extra), comme exerçant la plus fâcheuse influence sur la marche de la maladie. A. C.

A case of bleeding from the trachea, simulating pulmonary hœmorrhage, par Edw. WILSON (*Brit. med. journ.*, *p.* 992, *mai* 1884).

Il s'agit d'un homme de 61 ans, dyspeptique depuis son enfance et sujet, pendant sa jeunesse, à de fréquents crachements de sang sous l'influence d'efforts musculaires. Il y a un an il eut un abcès de la région sus-claviculaire, très volumineux et assez grave, qui finit par s'ouvrir dans la trachée, en même temps qu'on lui donnait issue au dehors. A partir de cette époque, il resta enroué quoique bien portant.

L'année suivante des symptômes de dyspepsie, avec palpitations et troubles cardiaques, reparurent. Un soir, pendant la nuit, il fut pris brusquement d'une hémoptysie considérable ayant tout à fait l'apparence d'une hémoptysie d'origine pulmonaire (sang rouge rutilant, spumeux). L'hémorragie se renouvelle le lendemain.

L'examen laryngoscopique montra qu'il s'agissait d'une ulcération de la trachée, entourée de fongosités vasculaires. Une série d'autres ulcérations existaient dans le larynx au voisinage des cartilages aryténoïdes, et jusqu'à l'épiglotte (le malade n'était ni tuberculeux, ni syphilitique, mais très probablement goutteux). Sous l'influence de pulvérisations et d'inhalations antisep-

tiques, les ulcérations laryngo-trachéales ne tardèrent pas à se déterger, et à devenir granuleuses. Des pulvérisations astringentes furent alors employées et le malade guérit.

L'auteur insiste sur l'origine trachéale de l'hémoptysie, très probablement en rapport avec l'ouverture de l'ancien abcès du cou, et sur la difficulté du diagnostic d'avec une hémorragie pulmonaire. H. R.

The throat department of St Thomas hospital in 1882, par Felix SEMON (*St-Thomas Hosp. Rep. XII, p.* 77, 1883).

Parmi les faits intéressants que présente cette statistique, il convient de noter un fait d'herpès du pharynx, une amygdalite gangréneuse : un cas de cancer de l'amygdale gauche ayant envahi secondairement le larynx et nécessité la trachéotomie; deux autres faits concernant des tumeurs papillomateuses et sarcomateuses du larynx, enfin un mémoire sur l'emploi de l'iodoforme comme topique local dans la phtisie laryngée. Semon ne partage pas l'enthousiasme exagéré de certains auteurs sur la valeur de cet agent; il lui reconnaît cependant certains avantages. Il cite deux observations dans lesquelles les ulcérations tuberculeuses se sont modifiées, puis cicatrisées; mais ce sont les seuls faits où il ait obtenu ce résultat et ils peuvent être considérés comme des exceptions. L'iodoforme en poudre, appliqué sur les ulcérations tuberculeuses laryngées, amène une diminution du gonflement, de l'irritation, calme les douleurs de dysphagie, etc. Semon emploie un mélange d'iodoforme et d'une petite quantité d'acide borique et de morphine. H. R.

Two cases of carcinoma of the larynx, par Henry BUTLIN (*Brit. med. Journ. p.* 457, *mars* 1884).

Le premier fait concerne un homme qui présentait dans la région sous-maxillaire une tumeur ganglionnaire fluctuante, semblable à une adénite suppurée : deux autres ganglions plus petits et non enflammés se voyaient le long du cou. L'affection datait de deux mois. La voix était enrouée et il y avait un certain degré de dyspnée. Le diagnostic était douteux jusqu'à l'examen laryngoscopique, qui montra une néoplasie intralaryngée. L'excision d'un lambeau de la tumeur avec la pince coupante de Mackenzie fit voir qu'il s'agissait d'un épithéliome. Contrairement aux assertions de Krishaber, la tumeur siégeait dans le larynx sans empiéter sur le pharynx, ce qui n'avait point empêché l'infiltration ganglionnaire.

Le second fait est analogue. Symptômes de laryngite et de dyspnée depuis deux mois : au miroir laryngé, tumeur rougeâtre de la corde vocale droite, et adénopathie secondaire. Bientôt symptômes de suffocation et mort subite par hémorragie. H. R.

Multiple Fibrome der Haut. Subchordales Fibrom der hinteren Larynxband (Fibromes multiples de la peau. Fibrome de la paroi postérieure du larynx, au-dessous des cordes vocales), par **HERING.** (*Wien. med. Presse, n°* 2, 1883).

Un homme de 33 ans a eu, pendant l'enfance, des accidents de scrofule, et en 1879 une hémoptysie. Depuis ce moment il tousse, il a de la raucité de la voix, une dyspnée continue avec exacerbations nocturnes, de la dysphagie; il a maigri et perdu ses forces.

Il se présente en octobre 1881, à l'auteur, qui constate d'abord l'existence d'un très grand nombre de petites tumeurs dures siégeant dans la peau, variant de la grosseur d'un grain de mil à celle d'un œuf. Une seule de ces tumeurs siégeant à l'aine droite et plus volumineuse que les autres a augmenté sensiblement depuis quelques semaines ; toutes les autres existent sans modification appréciable depuis l'enfance. Ce sont des fibromes congénitaux.

Au laryngoscope, on voit le ligament aryténo-épiglottique gauche et la paroi postérieure du larynx tuméfiés ; à la hauteur de l'apophyse vocale gauche se montre le bord hypertrophié d'une ulcération qui siège sur la paroi postérieure et au-dessous da laquelle on voit saillir une tumeur rouge, granuleuse, grosse comme une cerise qui remplit presque complètement l'espace sous-glottique.

L'auteur admet là un fibro-sarcome avec périchondrite secondaire et rejette l'hypothèse d'une tuberculose laryngée, bien qu'il y ait des symptômes d'infiltration des sommets.

Le 22 octobre, il est obligé de pratiquer la trachéotomie. Après plusieurs hémoptysies le malade succombe le 3 novembre.

Autopsie : au sommet gauche, caverne pouvant admettre une noix, entourée de foyers de broncho-pneumonie et de granulations miliaires. A droite, foyers multiples du sommet et tuberculose miliaire disséminée.

Dans le larynx, l'ulcération signalée pendant la vie atteint presque 1 centimètre de diamètre. Son bord est semé de fines granulations où le microscope révèle la présence de tubercules ; le cartilage aryténoïde gauche est nécrosé. Cette ulcération est recouverte en partie par la petite tumeur dont la structure est celle du fibrome mou.

L'auteur pense que l'ulcération déterminée par l'usure et la compression de la muqueuse au voisinage du fibrome laryngé n'a été envahie que secondairement par les granulations tuberculeuses, au moment où elles se sont répandues dans les poumons, c'est-à-dire à la période ultime de la maladie. Il montre, en faveur de son assertion, l'intégrité de l'épiglotte, des cordes vocales, du cartilage aryténoïde droit, qu'une laryngite tuberculeuse vulgaire n'eût pas respectés. L. GALLIARD.

A rare form of tumor (cavernous papilloma) of the vocal band, par F.-H. HOOPER (*Americ. laryng. Assoc.; Med. News*, 17 *mai* 1884).

Pasteur, de 32 ans, qui fait remonter le début de sa maladie au mois de septembre 1882, à la suite d'un refroidissement. Chatouillement constant dans la gorge ; peu de douleurs. On trouva à l'examen laryngoscopique une petite tumeur nodulaire, sessile, sur la partie antérieure de la corde vocale gauche. Apparences de kyste. On introduit une pince forceps pour apprécier l'état de tolérance du larynx ; la tumeur avait disparu sans grand écoulement de sang. La pince l'avait détachée et la tumeur avait été retirée du même coup. La voix fut restaurée aussitôt. La petite tumeur était formée d'un tissu caverneux contenant du sang.

C. Seiler a observé un cas d'angiome des cordes vocales. A. CARTAZ.

On angioma of the larynx, par Louis ELSBERG (*Archives of medicine, XI*, 1er *février* 1884).

Ce travail renferme une étude complète de ces tumeurs et en outre deux observations personnelles. La première concerne un homme de 37 ans, sur la corde droite duquel siégeait une tumeur ronde, de couleur sombre, grosse comme un pois. E. l'enleva avec l'écraseur de Gibb.

Le tissu était spongieux et renfermait de nombreux vaisseaux dans ses mailles. Dans le second cas (même position), la tumeur lisse, piriforme, d'un rouge sombre, fut enlevée avec une pince de Cusco modifiée.

R. C.

Congenital web of the vocal bands, par A. DE BLOIS (*Americ. laryng. Assoc., Med. News*, 17 *mai* 1884).

Jeune femme de 20 ans, qui a toujours eu la voix faible et enfantine. Lorsque l'auteur fut arrivé à vaincre l'irritabilité réflexe de l'arrière-gorge, il reconnut que la moitié antérieure des cordes vocales était unie par une sorte de pont membraneux blanchâtre. Il réussit à le déchirer avec le forceps de Mackenzie, mais le lendemain les surfaces déchirées étaient réunies. Il put cependant séparer les lèvres cicatricielles et, après un traitement approprié, la voix devint naturelle.

A. C.

I. — Foreign bodies in the air-passages; a study of 1,000 cases to determine the propriety of bronchotomy in such accidents, par J.-R. WEIST (*Transact. of the Americ. Surg. Assoc. I, p.* 117).

II. — Impaction in the larynx of a fragment of a breakfast cup, par FREEMAN (*The Lancet*, 20 *octobre* 1883).

III. — Zur Kasuistik der Fremdkörper in den Luftwegen, par RÉTHI (*Wien. med. Presse*, *n°* 45, 1883).

IV. — A case of impaction of bone in the larynx, par Frederic TAYLOR (*Clin. Soc.; Med. Times*, 31 *mai* 1884).

I. — Weist avait déjà publié (*Transact. Indiana state med. Soc.* 1867) une statistique de 163 cas de corps étrangers des voies aériennes. Il adressa, aux médecins d'Europe et des Etats-Unis, une circulaire les invitant à lui communiquer leurs observations personnelles et il a pu réunir ainsi 1,000 cas, dont 897 n'ont jamais été publiés. Le dépouillement de cette statistique importante lui a donné les résultats suivants :

En défalquant 63 cas, où le corps étranger a pu être extrait par un moyen quelconque, par la pince ou sans l'aide du laryngoscope, il reste 937 cas. Dans 338 cas, on a pratiqué la trachéotomie (trachéotomie ou laryngotomie) avec 245 guérisons, 72,48 0/0 et 93 morts, 27,42 0/0.

Dans 599 cas on n'a pratiqué aucune opération ; on compte 460 guérisons, 76,79 0/0 ; 139 morts, 23,20 0/0.

En ajoutant à cette statistique celle de Gross et Durham, l'auteur arrive au total de 1,674 cas ; 955 sans opération avec 283 morts ; 719 bronchotomies avec 178 morts.

Dans plus de la moitié des cas, le corps étranger était un grain de blé, une semence de courge, un grain de café, ou autres graines.

Weist tire de cette étude, dont nous ne pouvons analyser tous les détails, les conclusions suivantes :

En cas de corps étranger logé dans le larynx, la trachée ou les bronches, il ne faut pas recourir aux vomitifs qui sont dangereux ; non plus à l'inversion du corps ou à la succussion, à moins de trachéotomie préalable.

La présence d'un corps étranger, s'il n'y a pas de symptômes graves, n'est pas une indication de trachéotomie.

La trachéotomie ne doit pas être pratiquée si le corps étranger est fixé dans la trachée ou les bronches.

S'il survient des signes de suffocation, ou si le corps siégeant dans le larynx amène de la dyspnée croissante par œdème ou inflammation, ou s'il est mobile, flottant dans la trachée et cause des spasmes avec asphyxie, il faut recourir sans délai à l'opération. A. CARTAZ.

II.—Un enfant de 7 ans, en déjeunant au café au lait, cassa par inadvertance un assez gros morceau du bord de sa tasse et l'avala parmi les morceaux de pain trempé. Il fut pris aussitôt de suffocation, et l'auteur, à son arrivée, le trouva en proie à un spasme glottique effrayant avec respiration striduleuse, toux spasmodique et menace d'asphyxie.

Après quelques tentatives inutiles pour extraire le corps étranger par la bouche, on pratiqua d'urgence la trachéotomie, pendant laquelle l'enfant eut une syncope complète; on réussit pourtant à le ranimer par la respiration artificielle. Le corps étranger demeurait enclavé dans le larynx; on laisse reposer l'enfant et le lendemain matin, à l'aide d'un fil de fer coudé introduit par l'ouverture trachéale, on réussit à reconnaître la position du morceau de porcelaine et à le pousser de bas en haut jusque dans la bouche. C'était un fragment triangulaire, qui mesurait plus de deux centimètres dans sa plus grande longueur. La guérison se fit sans accident. H. BARTH.

III.— 1° Une fille de 9 ans a éprouvé une douleur vive au cou en mangeant de la galantine. Elle a d'abord une dyspnée modérée, mais au bout de trois jours la gêne de la respiration est extrême. Au laryngoscope, on constate la présence d'un objet jaunâtre fiché dans la muqueuse inter-aryténoïdienne, et se prolongeant en avant sous l'épiglotte. Ce corps étranger a une épaisseur de 3 millimètres, il est impossible d'en apprécier la longueur.

Schnitzler parvient à le saisir avec la pince et extrait un fragment d'os long de volaille. Après plusieurs tentatives, il parvient à mobiliser le fragment principal qui est alors expulsé par la toux.

2° Un homme de 40 ans est adressé à Schnitzler par un médecin qui a constaté des troubles respiratoires pendant plusieurs mois, et propose la trachéotomie. Le larynx est libre, mais à l'extrémité inférieure de la trachée existe une proéminence à droite; il est impossible de faire un diagnostic. Schnitzler hésite entre un abcès et une tumeur. Il touche le point malade avec la sonde à plusieurs reprises et prescrit des inhalations chaudes. Au bout de quelques jours l'abcès (reconnu pour tel) s'ouvre, et le malade expectore un os long de 2 centimètres. Le patient se souvient alors que deux ans auparavant, ayant mangé du lièvre, il a avalé de travers et que les médecins l'ont examiné à cette époque sans résultat. Personne n'avait pensé à incriminer cet accident, pour expliquer la dyspnée. L. GALLIARD.

IV. — Homme de 63 ans, toussant depuis plus de cinq mois, mais ne se plaignant pas de la gorge. On trouve, à l'examen, un corps étranger ressemblant à un fragment osseux engagé dans le larynx d'avant en arrière au-dessous des cordes vocales. Le malade se souvient avoir avalé un morceau dur que sa femme s'efforça, ne pouvant le dégager, de repousser dans la gorge avec une cuillère. Extirpation par la laryngotomie; guérison. Il existait 2 fragments d'os, le plus gros mesurait 3/4 de pouce en longueur.

Coupland a observé 2 cas de fragments d'os dans le larynx; dans un cas, le corps étranger provenait d'un séquestre d'une nécrose de la base du crâne. A. CARTAZ.

Removal of a shawl-pin from the trachea by operation, par J.-D. STRAWBRIDGE (*Medical News*, 5 *janv.* 1884).

Un enfant de 5 ans s'amusait avec sa sœur ; il tombe sur le dos pendant qu'il tenait entre ses dents une épingle de châle. Le corps étranger pénètre dans le larynx. La mère accourt, passe le doigt dans l'arrière-gorge, et ne réussit qu'à engager plus avant l'épingle.

L'enfant est amené près de l'auteur qui, ne trouvant absolument rien (l'enfant avait peu d'oppression, quelques légères quintes de toux), ne croit pas à l'existence d'un corps étranger et diffère l'opération jusqu'à l'apparition de symptômes plus menaçants. L'enfant se rétablit, conservant de la dyspnée et de la toux.

Un mois plus tard, la respiration est devenue difficile, l'expectoration abondante ; l'enfant dépérissant, Strawbridge se décide à intervenir après anesthésie. La trachéotomie, faite aussi bas que possible, fait découvrir l'épingle, mais elle est fortement engagée et il est impossible de la retirer avec les pinces. Un aide prend alors la tête de l'épingle entre les mors d'une pince pendant que l'opérateur, saisissant la pointe de la même façon, coupe avec de fortes cisailles l'épingle en deux. La pointe est retirée, mais, au même moment, la tête glisse de la pince et une inspiration profonde l'emporte dans les bronches. L'inversion du malade, les secousses, tout est essayé sans succès. Après des tentatives prolongées, on finit par sentir le corps étranger engagé à un pouce et demi de la bifurcation dans la bronche droite et on peut la retirer, non sans grandes difficultés. L'épingle mesurait 63 millimètres de long. Guérison parfaite. A. CARTAZ.

Secretanhäufung und Pilzablagerung im Kehlkopf und Trachea, als Ursache hochgradiger Athembeschwerden (Accumulation de mucosités et de champignons dans le larynx et la trachée, causant une dyspnée intense, par HINDENLANG (*Deutsche med. Woch.*, n° 9, 1883).

Paysan de 21 ans, ayant eu à l'âge de 8 ans une pneumonie, à 9 ans la scarlatine ; en mai 1881 il a eu pendant huit jours de l'enrouement. Depuis ce moment, sensation de corps étranger au cou, expectoration pénible et dyspnée qui cédait après le rejet de masses pelotonnées solides. Au mois de juin amygdalite aiguë.

Il se présente à l'hôpital de Fribourg le 15 août. La voix est claire, mais la respiration un peu accélérée avec un bruit expiratoire qui fait penser au rétrécissement des voies supérieures. Au laryngoscope, on trouve l'épiglotte un peu rouge, mais les cordes vocales normales ; au-dessous d'elles on voit l'espace glottique réduit à une fente étroite par deux masses grisâtres rugueuses qui se correspondent au niveau de la commissure antérieure. L'auteur réussit à désagréger une de ces masses avec la sonde laryngienne et le malade en expectore trois fragments, ce qui le soulage d'une façon très notable. Les trois fragments sont de dimension inégale, le plus gros atteint le volume d'une noisette ; ils sont élastiques, assez durs ; le microscope montre qu'ils sont constitués par des produits de sécrétion muqueuse, des cellules de pus, des cellules épithéliales, mais contiennent en outre une grande quantité de champignons ; les spores, les filaments à double contour se présentent isolément ou forment des accumulations plus ou moins considérables.

Comme l'examen du nez et de la gorge démontre qu'il existe une blennorrhée chronique de leurs muqueuses, l'auteur admet que le larynx et la trachée sont le siège d'altérations analogues, et il n'est pas surprenant que leurs sur-

faces sécrétantes aient fixé les champignons venant de l'air extérieur et disposés à se développer sur un terrain approprié.

Sous l'influence des pulvérisations phéniquées les masses solides intra-laryngées ne tardent pas à se dissocier et sont rejetées par la toux. Puis les insufflations d'iodoforme diminuent progressivement l'intensité du catarrhe chronique des voies respiratoires. Le malade quitte l'hôpital avant la guérison complète. L. GALLIARD.

On thyrotomy for the removal of foreign bodies impacted in the interior of the thyroid cartilage, par Timothy HOLMES (*Medico-chirurg. Trans.*, *t. LXV*, *p.* 177, 1882).

A propos d'un fait malheureux dans lequel un malade avale un os qui reste fixé dans le larynx et nécessite d'abord la trachéotomie, puis la thyrotomie, avec accidents septiques secondaires et mort, l'auteur étudie l'opération de la thyrotomie. Voici ses conclusions.

Des corps étrangers volumineux peuvent être enclavés dans le ventricule du larynx ou entre les deux valves du cartilage thyroïde sans causer des symptômes de suffocation imminente. Mais pour peu qu'ils soient rugueux et présentent des aspérités, ils donnent lieu à une inflammation ulcéreuse de la muqueuse laryngée et doivent être enlevés le plus vite possible.

Quand on peut les voir et les sentir, le meilleur procédé est de les enlever pièce à pièce au moyen de la pince laryngée. Quand cela est impossible, on peut recourir à la trachéotomie, et ouvrir soit la membrane cricothyroïdienne, soit les anneaux supérieurs de la trachée, le spasme glottique disparaît, et le corps étranger se présente souvent alors spontanément à l'orifice de la plaie, ou il peut être déplacé ou extrait : en sorte qu'une trachéotomie préliminaire est presque toujours une opération utile.

Quand, malgré cela, il est impossible de faire sortir le corps étranger, le cartilage thyroïde doit être sectionné sur la ligne médiane, partiellement et de bas en haut, si le corps étranger est petit; en totalité et de haut en bas s'il est volumineux.

L'opération de la thyrotomie est en général peu dangereuse pour la vie, et ne nuit pas sensiblement à l'intégrité de la voix : celle-ci est plus compromise par la présence du corps étranger et par la laryngite ulcéreuse qu'il détermine. H. R.

A new method for the removal of laryngeal growths, par W.-C. JARVIS (*Americ. laryng. Assoc.; Med. news*, 17 *mai* 1884).

Jarvis préconise l'usage de l'acide chromique pour la destruction des tumeurs du larynx. Il l'emploie comme Hering (Voy. ci dessus), et il y trouve l'avantage de pouvoir cautériser le point d'implantation et d'éviter ainsi toute récidive. D'après lui, ces cautérisations ne donneraient pas lieu à des crises spasmodiques, comme les opérations à l'aide d'instruments ; assertion qui nous semble sujette à discussion. A. C.

De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, par GILIS (*Gaz. hebd. Montpel., février* 1884).

L'auteur rapporte deux observations où cette opération a été pratiquée : 1° chez un adulte de 49 ans, atteint d'un néoplasme de la base de la langue. La mort est survenue 2 mois et 9 jours après l'opération ; 2° chez un enfant de trois ans, atteint de suffocation dans le cours d'une rougeole ; mort 18 heures après l'opération.

Gilis pose les conclusions suivantes en terminant son travail :

« 1° Les faits sont assez nombreux pour permettre de dire que la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne doit être la méthode de choix chez l'adulte ;

2° Les rares opérations patiquées sur les enfants font espérer que l'on pourra faire bénéficier le jeune âge des avantages de ce procédé ;

3° On se servira du bistouri ou du thermocautère suivant les sujets : le chirurgien doit apprécier.

La membrane inter-crico-thyroïdienne sera incisée transversalement et au bistouri.

On se servira de la canule à bec de Krishaber.

Le thermocautère doit être tenu au rouge sombre ; les tissus seront sectionnés par « ponctuations successives ». (Krishaber.) A. MOSSÉ.

I. — Traité des maladies de l'oreille, par A. POLITZER, traduit de l'allemand, par A. JOLY (*Paris* 1884).

II. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde (Traité d'otologie), par V. URBANTSCHITSCH, 2e édition allemande complètement revue (*Vienne*, 1884).

III. — Le malattie dell' orecchio trattato teorico-pratico, par E. DE ROSSI. 2e édition très augmentée (*Rome*, 1884).

IV. — Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez, par MIOT et BARATOUX, première et deuxième partie (*Paris* 1884).

V. — Étude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire, par Jonathan HUTCHINSON, traduit et annotée, par HERMET (*Paris*, 1884).

VI. — Des affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif, par Albert ROBIN (*Thèse d'agrég. Paris*, 1883).

I. — L'ouvrage de Politzer, dont nous avons parlé à son apparition, vient d'être traduit en français. Il en était tout à fait digne. Il n'existe en aucune langue de leçons cliniques sur les maladies de l'oreille ; mais on peut dire qu'avec le traité de Trœltsch et celui de Politzer il n'en est pas besoin. Il est seulement fâcheux de voir un ouvrage qui paraît en 1884 se composer en réalité d'une première partie datant de 1878 et d'une seconde datant de 1882, sans aucune addition. Le grand nom de l'auteur et celui du traducteur nous font doublement regretter cette omission. Et ce n'est pas seulement la manie de la bibliographie qui nous fait ainsi parler. Un certain nombre de questions ont fait dans ces derniers temps de grands progrès dont on ne trouve pas trace dans l'ouvrage. Ainsi l'otorrhée des tuberculeux, si rebelle, si tenace, était autrefois un véritable problème, puisqu'on

n'avait jamais pu démontrer l'existence des tubercules dans l'oreille moyenne chez l'homme. On en était réduit à invoquer l'état général du sujet pour expliquer sa résistance à tous les traitements. Aujourd'hui on y a trouvé le bacille de Koch qui fait l'office de corps étranger, et le microscope nous fournira le moyen de faire un pronostic dans ces otorrhées insidieuses qui précèdent de quelques mois l'éclosion de la tuberculose pulmonaire. De même depuis les travaux d'Hessler, de Morpurgo, etc., on doit consacrer, dans l'otite moyenne suppurée, un paragraphe spécial aux suppurations occupant la région de la membrane de Shrapnell, suppurations à caractères cliniques et anatomopathologiques tout spéciaux. Les études qui se poursuivent sur ce sujet imposent cette subdivision à tous les auteurs qui traiteront dorénavant ce sujet. Un dernier exemple : En 1878, la question des végétations adénoïdes était récente (1874). On les décrivait d'après le mémoire de Meyer auquel il y a eu bien peu à ajouter, et naturellement on rapportait son manuel opératoire et ses instruments. Depuis tous les auristes opèrent ces tumeurs; chacun a sa méthode particulière, mais on peut dire : 1° que celle de Meyer n'est plus employée; 2° que les deux méthodes les plus en faveur sont d'abord l'emploi des instruments en forme de pince (Lœwenberg, Woakes, Catti, Michael, etc.), ensuite la galvanocaustique (anse, cautère, etc.). Or, dans le chapitre pharynx nasal, nous trouvons une longue description des instruments de Meyer avec 2 planches, et les pinces ne sont même pas mentionnées.

Ces lacunes doivent disparaître avec la 2e édition, qui ne manquera pas de venir tôt ou tard récompenser le traducteur du service qu'il a rendu au lecteur français, en même temps que certains passages peu clairs devront modifier. Par exemple cette expression : injections d'eau par la *sonde du tympan* (?), ou encore cette phrase : Stœrk se sert pour l'opération d'un *lacet à guillotine* auquel peuvent être *vissés* divers *œillets à articulation* pour les diverses parois où l'on doit opérer (?). De même certaines expressions bizarres : esprit boriqué pour alcool boriqué, lacet à polype pour serre-nœud, esprit sinapique (?), teinture d'opium et de safran pour laudanum de Sydenham, liqueur de fer muriatique pour perchlorure de fer, ou bien inexactes comme teinture de laudanum pour laudanum, etc.

Malgré tout, un ouvrage ne se juge pas par ses lacunes, mais parce qu'il contient. Or, rien n'est lumineux comme une description de Politzer : il fait preuve partout du sens clinique le plus profond, et, en le suivant comme guide dans le traitement, on sera sûr de toujours bien faire.

II. — La 2e édition allemande d'Urbantschitsch ne diffère de la 1re édition allemande et française que par des détails. Elle a été mise au courant avec le plus grand soin ; quelques lacunes ont été comblées, et la bibliographie qui manquait a été rétablie sur les conseils de plusieurs critiques. C'est plus que jamais un excellent livre.

III. — Dans un volume in-8° de 570 pages très compactes, le Dr E. de Rossi, professeur d'otologie à l'Université de Rome, nous donne la 2e édition de son traité paru en 1870. On y trouve des idées et des travaux personnels remarquables, et une connaissance parfaite de tout ce qui s'est fait en otologie. Le mérite en est d'autant plus grand que, pour l'auteur, tous les mémoires et livres spéciaux sont étrangers, et

qu'il ne vit pas, comme un auriste allemand, autrichien, américain, dans un milieu favorable. Ainsi les travaux de Brenner sur la galvanisation du nerf auditif ont été soumis par lui à une vérification minutieuse. Contrairement à beaucoup de ceux qui se sont élevés contre les découvertes du médecin de Saint-Pétersbourg, il a voulu se mettre dans des conditions identiques aux siennes, et il n'a pas hésité à se procurer non seulement une pile excellente, mais le commutateur et le rhéostat que Brenner déclare absolument indispensables à l'électro-otiatrie, et que cependant beaucoup de ses contradicteurs n'ont jamais employé. Aussi ses conclusions sont-elles confirmatives des idées de Brenner comme celles d'Urbantschitsch du reste, au point de vue tant physiologique que thérapeutique. Quant aux idées personnelles de l'auteur, on peut dire qu'elles sont principalement dirigées vers l'intervention chirurgicale à outrance basée sur une anatomie normale pathologique très avancée. Ramener les lésions scléreuses à un état simplement catarrhal par les injections irritantes (potasse caustique dans la caisse), discerner dans les scléroses les ankyloses des diverses articulations et les rétractions musculaires des épaississements simples, et agir sur elles directement par résection de la membrane avec ténotomie, désarticulation des différents osselets, etc., voilà dans quelle direction l'auteur cherche à étendre le champ thérapeutique en otologie. Si on joint à tout cela les remarquables rapports annuels que publie l'auteur sur l'hôpital des sourds-muets de Rome, on verra que le professeur de Rossi est une des personnalités les plus éminentes de la science contemporaine.

IV. — La 1re et la 2e partie de l'ouvrage des Drs Miot et Baratoux ne comprend encore que l'anatomie, la physiologie, l'otoscopie et la rhinoscopie. C'est dire que, pour juger l'ouvrage au point de vue clinique, il nous faut attendre qu'il soit complet. Mais on peut voir dès maintenant que le plus grand soin a présidé à sa rédaction. Les nombreuses figures intercalées dans le texte, surtout dans la partie consacrée à la chirurgie instrumentale, en fournissent à elles seules la preuve. Un foule d'appareils sont décrits et représentés, même parmi ceux qui n'ont jamais joui d'un emploi bien répandu ou qui sont tombés en désuétude. Bien que les auteurs nous annoncent par le titre un traité des maladies du nez, ils se bornent, dans l'avant-propos, à promettre l'étude de « certains états pathologiques de la région naso-pharyngienne », c'est-à-dire en somme ce chapitre annexe que l'on trouve dans tous les grands traités. C'est une déception pour le lecteur, car un traité des maladies du nez n'existe pas chez nous, et les progrès réalisés dans cette branche de la chirurgie en rendent l'apparition très désirable.

V. — Le célèbre mémoire d'Hutchinson vient d'être l'objet d'une traduction sous les auspices du professeur Fournier, dont les travaux, rapportés sous forme de note, sont venus rajeunir l'œuvre du médecin anglais, déjà bien ancienne et parfaitement connue dans ses résultats généraux. Depuis longtemps on connaît une surdité s'accompagnant de troubles de l'équilibre, de vertiges et de bourdonnements, apparaissant à l'âge de la puberté à la suite d'une kératite parenchymateuse. Autrefois les oculistes rattachaient cette affection à la scrofule; aujourd'hui ils l'attribuent à la syphilis héréditaire, et les auristes les ont suivis dans leur évolution. Mais, en réalité, on ne peut en donner la démonstration

ni par l'anatomie pathologique, muette jusqu'à ce jour, ni par le résultat du traitement. Ces enfants ne guérissent pas de leur surdité, même par le traitement spécifique le mieux dirigé; chez quelques-uns, il est vrai, on trouve une hérédité indéniable, mais chez d'autres les antécédents sont muets, et, à ceux qui nient encore cette étiologie, il est impossible de donner des preuves indiscutables. Peut-être trouverons-nous plus tard une pierre de touche dans le traitement proposé par le Dr Abadie, qui semble prouver que la syphilis héréditaire est justiciable du traitement spécifique non sous sa forme ordinaire, mais par la méthode hypodermique. Le sublimé en injections sous-cutanées lui aurait donné d'excellents résultats dans des kératites parenchymateuses où le traitement ordinaire ne donnait plus rien, et même dans des cas d'engorgements ganglionnaires tenus jusque-là pour strumeux. Resterait à savoir si ce moyen agit aussi sur l'exsudat labyrinthique, cause probable de la surdité. Ce serait un moyen de diagnostic précieux outre sa valeur thérapeutique.

Si déjà cet ensemble symptomatique si net, si bien défini, a encore une étiologie obscure, on comprend qu'en dehors de l'écoulement purulent produit par les plaques muqueuses et les condylomes du conduit auditif, il est bien difficile de parler d'une otorrhée syphilitique. L'otite moyenne suppurée des syphilitiques n'a pas d'anatomie pathologique spéciale, ni de symptômes spéciaux, et elle est justiciable des moyens ordinaires. Elle rentre dans la grande catégorie des lésions qui, une fois établies, ne diffèrent en rien de la même lésion survenue sous l'influence d'un état général différent.

En somme, si la syphilis héréditaire frappe l'oreille, c'est le labyrinthe qu'elle touche. Les enfants syphilitiques atteints d'otorrhée n'offrent rien de spécifique du côté de la caisse, mais ils sont cachectiques, et c'est comme tels qu'ils sont atteints de cet accident banal.

A son élégante traduction, le Dr Hermet a joint des notes concernant les travaux les plus récents pour mettre l'ouvrage au courant de la science.

VI. — Nous ne pouvons entrer dans le détail de cette remarquable thèse d'agrégation, puisqu'elle ne comprend que des faits déjà connus, mais nous en donnerons une idée en disant qu'elle se base sur un nombre immense de faits cliniques ou anatomo-pathologiques, et que certainement elle a mis à contribution la littérature spéciale toute entière de tous les pays, comme on peut s'en assurer par les nombreuses notes qui accompagnent parallèlement le texte en lui servant de commentaire perpétuel, ainsi que l'index alphabétique qui termine l'ouvrage.

On y compte 9 chapitres. Le 1er comprend une introduction indiquant le mode d'apparition de l'organe de l'ouïe et ses rapports avec les organes voisins au point de vue de la propagation des maladies, rapports de voisinage et rapports de continuité nerveuse; et, à ce propos, l'auteur discute la physiologie du nerf de l'espace et du nerf de l'audition. Le 2e chapitre comprend les affections et les troubles fonctionnels de l'organe de l'ouïe. Le 3e renferme les complications cérébrales. Le 4e et le 5e étudient le mécanisme du retentissement de ces affections sur le système nerveux central. Dans le 6e, nous trouvons une étude clinique extrêmement détaillée de ces complications. L'auteur n'a pas cru devoir maintenir les divisions habituelles en méningites, abcès du cerveau,

thrombose, etc., etc.; il préfère décrire toutes ces affections en bloc, et admettre une forme latente ou lente dont le début constitue la période prémonitoire, une forme rapide et une forme foudroyante. La forme rapide se subdivise elle-même en forme méningitique, forme typhoïde et forme pyohémique. On trouve à la fin des exemples de guérison dans des cas désespérés et la symptomatologie des tumeurs du rocher. Le 7e chapitre comprend l'étude du syndrome de Ménière, de l'épilepsie et des troubles psychiques symptomatiques des lésions auriculaires. Le 8e contient les données du diagnostic différentiel et du pronostic. Enfin le 9e est consacré à la thérapeutique. Elle est avant tout prophylactique, en dehors des cas où l'ouverture de l'apophyse mastoïde est indiquée, et l'auteur en discute l'opportunité; il faut s'occuper avec beaucoup de soin du traitement local. Le pansement antiseptique, malheureusement encore trop peu employé, a révolutionné la thérapeutique spéciale de l'oreille comme celle de toute la chirurgie, et l'on peut espérer qu'avec sa généralisation, le nombre des cas semblables à ceux qui servent de base à ce travail deviendront de plus en plus restreints.

4 cases of nervous deafness (4 cas de surdité nerveuse), par HODGSON (*Brit. med. journal, septembre* 1883).

1° Surdité labyrinthique, suite d'oreillons chez un garçon de 15 ans. Orchite le sixième jour, qui fit bientôt place à de la céphalalgie avec vertige intense, bourdonnement et surdité unilatérale totale et permanente;

2° *Idem* chez une jeune fille de 15 ans. Surdité double, sans maux de tête, vertige ni bourdonnement;

3° et 4° Surdité labyrinthique par syphilis héréditaire survenue en un an chez une jeune fille de 10 ans 1/2. Dents d'Hutchinson. Surdité totale. R. C.

Zur Analyse des Gehörorgans durch Töne in ihrer Bedeutung für dasselbe (De la perception des sons au point de vue séméiologique), par DENNERT (*Berlin. klin. Woch., n° 18, p. 251, et n° 19, p. 267, 2 et 9 mai* 1881).

Dans ses expériences, Dennert s'est servi de diapasons pour les notes basses et moyennes et des cylindres d'acier de König pour les sons les plus élevés. Il est ainsi parvenu à étudier les variations morbides de la perception de sons compris entre 9 octaves.

Il a d'abord constaté un certain nombre de faits, déjà plus ou moins signalés et se rencontrant chez tous les malades :

1° L'intensité de perception des différents sons n'est pas proportionnelle à la force vive de l'air en mouvement, c'est-à-dire à la quantité de travail nécessaire à leur production. C'est une confirmation pratique de l'observation faite par Helmholtz avec la sirène : dans les mêmes conditions et avec un même travail mécanique, les sons aigus produisent une sensation beaucoup plus intense que les sons graves.

2° Tandis que l'instant où les sons aigus cessent est très distinct pour l'ouïe, il n'en est pas de même pour les sons graves.

3° La perception des ondes sonores complexes de la parole n'est pas dans un rapport constant avec la faculté de percevoir les sons musicaux.

4° Les malades qui entendent relativement bien les notes ou la parole entendent mal la montre ou l'acoumètre de Politzer; l'inverse est également vrai. Durant le traitement, une amélioration peut se produire dans l'une des directions, tandis qu'on remarque une aggravation pour l'autre source de sons. Ce fait, bien qu'il ne soit pas nouveau, mérite d'autant plus d'être rappelé que non seulement le public, mais beaucoup de médecins ne contrôlent l'état de l'ouïe qu'avec la montre. Or, un seul moyen d'exploration peut donner lieu à des mécomptes.

5° La faculté de percevoir les sons aigus est beaucoup plus souvent affaiblie que celle de percevoir les sons graves.

Quant aux altérations plus particulières de la perception des sons, on peut en distinguer trois types principaux :

1° Le type le plus commun se compose des cas où la diminution du pouvoir de perception s'étend uniformément sur tous les tons de l'échelle musicale. Cela s'observe aussi bien dans les affections de l'oreille externe que dans celles de l'oreille interne. Au fur et à mesure des progrès de la maladie, les sons des échelles extrêmes d'en haut et d'en bas disparaissent complètement, et il ne reste enfin que les sons très intenses des octaves moyennes.

Alors même que l'affection est bornée à une seule oreille, il est parfois extrêmement difficile de distinguer si l'on a affaire à une lésion de l'oreille interne, de l'oreille externe, ou à une complication de l'une et de l'autre.

Ni l'examen de l'oreille moyenne, ni l'otoscope à interférences de Lucae, ni l'otoscope double de Mack, ni l'exploration de la conductibilité crânienne ne suffisent toujours à résoudre le problème.

2° Le deuxième type est caractérisé par un désaccord relatif entre le pouvoir de perception pour les sons graves et la faculté de percevoir les sons aigus. Le plus souvent, les sons graves sont encore perçus avec une intégrité relative, tandis que le malade a perdu toute notion des sons aigus. Cette anomalie peut être congénitale ou survenir dans le cours d'affections auriculaires aiguës et chroniques. En outre, l'oreille moyenne peut être normale ou plus ou moins lésée.

Généralement, ces malades conservent mieux la conductibilité osseuse que la transmission aérienne des ondes sonores, autrement dit, ils entendent mieux le diapason appliqué sur leur crâne que placé près de leur oreille. Il s'agit donc chez eux d'un trouble dynamique. En revanche, chez le petit nombre où la perception crânienne est affaiblie, on est obligé d'admettre des lésions de l'appareil nerveux.

3° Le dernier type comprend des faits où l'anomalie de perception ne présente aucune uniformité. Tandis que quelques sons ou quelques groupes de sons sont entendus normalement ou plus ou moins affaiblis, d'autres manquent complètement ou sont très diminués sans aucune régularité. Le plus fréquemment, ce sont les sons élevés qui sont défectueux, tandis que ceux des octaves moyennes sont le plus rarement affaiblis.

Mais le point caractéristique dans cette catégorie de malades, c'est que, malgré l'intégrité habituelle de l'oreille moyenne, on constate la même irrégularité dans les deux modes de transmission des ondes sonores, par les os et par l'air. Seulement l'anomalie de conductibilité crâ

nienne peut, comme dans le précédent groupe, se traduire en deux sens opposés. Le plus ordinairement, la perception osseuse subit une diminution proportionnée à l'aérienne; beaucoup plus rarement, les sons ou groupes de sons perçus défectueusement par l'air sont mieux perçus par le crâne. Ces irrégularités dans la perception des sons ne peuvent s'expliquer que par une lésion labyrinthique.

Dennert a rencontré assez souvent des cas de diplacousie binauriculaire, c'est-à-dire des cas dans lesquels les patients croient percevoir avec leur oreille malade le son d'un diapason, tantôt plus grave, tantôt plus aigu, qu'avec l'oreille saine. Mais ces faits lui paraissent devoir s'expliquer le plus souvent par une illusion qu'on peut rendre manifeste pour le malade. J. B.

Doppelseitiger Mangel des ganzen Labyrinthe bei einem Taubstummen, Verwerthung des Befundes für die Entwickelungs geschichte und die Nervenphysiologie (Absence de tout le labyrinthe de chaque côté chez un sourd-muet. Application à l'embryogénie et à la physiologie nerveuse), par S. MOOS et STEINBRUGGE (*Zeitschrift für Ohr., XI, 4, p.* 281).

En dehors de lésions insignifiantes de l'appareil de transmission, une coupe montrait dans le rocher droit l'absence de toute cavité correspondant au vestibule, aux ampoules, aux canaux semi-circulaires. Le vestibule avait subi un arrêt de développement à la période fœtale, car à sa place on trouvait un tissu conjonctif à filaments fins, feutrés et parsemé de globules graisseux noirâtres. De même, on voyait au-dessus les canalicules pour les rameaux perforants du nerf vestibulaire tout à fait normal. La base de l'étrier est osseuse dans une petite partie postérieure, ligamenteuse en avant, sauf un petit îlot cartilagineux; nombreux tractus cellulaires entre les branches de l'étrier et dans les niches des fenêtres ovale et ronde. Bord de la fenêtre ovale cartilagineux; ligament orbiculaire très visible dans la partie osseuse de la platine.

L'échelle du limaçon est représentée par un petit canal partant de la fenêtre ronde, renfermant quelques globules graisseux et un revêtement d'épithélium pavimenteux polygonal stratifié; il conduit dans deux cavités séparées par une cloison d'abord osseuse, puis fibreuse, cavités qui finissent par se confondre. On trouve encore le rameau ampullaire antérieur avec son canalicule se terminant en cul-de-sac; un court canalicule osseux horizontal situé au-dessus du canal de Fallope, représentant sans doute le canal semi-circulaire horizontal.

Dans le rocher gauche, noyau osseux comme à droite avec contenu analogue, c'est-à-dire cavité vestibulaire rudimentaire de 3 millimètres et demi et d'un millimètre et demi. Nerfs vestibulaires comme à droite. Tractus cellulaires comme à droite. Derrière la membrane ronde, cloison osseuse fermant l'entrée d'une petite cavité remplie de graisse (rudiment d'échelle tympanique).

Platine de l'étrier fibreuse, sauf un petit îlot osseux. Branche postérieure de l'étrier osseuse; noyau osseux dans la tête de l'étrier. Dans l'éminence pyramidale, quelques fibres musculaires normales. Pas de limaçon. Seuls de la région, les nerfs auditifs étaient atrophiés incomplètement; leur extrémité accompagnée d'un rameau de l'artère auditive pénétrait un peu dans l'os où ils se perdaient.

Pour les auteurs, il s'agit d'une atrophie par inaction. Elle n'est pas

totale parce que l'inaction elle-même n'est pas totale et que le nerf est resté pendant toute la vie (35 ans) en relation avec ses centres nerveux et son district vasculaire. De même pour la conservation de quelques fibres musculaires. Ces muscles n'agissent pas seulement pendant l'audition, ils sont le siège de mouvements associés à ceux d'autres groupes et restent par suite sous l'influence du facial et du trijumeau. Le tenseur tympanique se contracte pendant les mouvements de déglutition, le stapédius pendant certains mouvements de la face, l'occlusion des yeux par exemple. Aussi les auteurs ont déjà trouvé une structure normale du tenseur tympanique chez deux sourds-muets. Enfin cette atrophie confirme de nouveau l'opinion par laquelle les différentes régions de l'oreille offrent un développement indépendant : ici la vésicule auriculaire avait seule subi l'arrêt, soit par ossification prématurée de cause irritative, soit par formation insuffisante.

L'état de l'étrier n'est pas en faveur de l'opinion de Gruber d'après laquelle il se développe aux dépens de la capsule labyrinthique par prolifération cellulaire. Il est plus en faveur de l'opinion ancienne qui admet son développement indépendant aux dépens du deuxième arc viscéral.

R. CALMETTES.

Ætiologie und Befunde von 40 Fälle angeborener Tanbheit (Étiologie et état anatomo-pathologique dans 40 cas de surdité congénitale), par S. MOOS (*Zeitschrift für Ohr., XI, IV*, 1882).

Sur ces 40 cas, une même famille en a fourni 3. Le grand-père se maria deux fois, la première avec une nièce, la seconde avec une étrangère. Du premier mariage il naquit deux fils et une fille. Du second, deux filles et un fils. Eux et leurs enfants (8 en tout) n'eurent jamais rien. Au contraire, dans les 13 petits-enfants du premier lit, il y eut 3 sourds-muets. La fille eut 4 enfants dont 1 sourd-muet qui mourut à 13 ans de la fièvre typhoïde ; le fils aîné 5 enfants bien portants à tous les points de vue, le plus jeune 4 enfants, dont 2 sourds-muets, une fille et un garçon (le 2e et le 4e enfant). Le garçon avait une malformation congénitale de l'oreille droite qui était d'un centimètre et demi plus courte et presque de moitié plus étroite que la gauche. L'hélix, l'anthélix, le tragus et l'antitragus étaient rudimentaires, le lobule plus marqué, l'entrée du conduit indiquée.

Comme étiologie, on ne trouvait rien dans 14 cas. 7 fois il y avait hérédité, 10 fois les parents étaient consanguins, 3 fois l'hérédidé se joignait à la consanguinité des parents; on trouvait en outre 1 fois la syphilis, 1 fois l'alcoolisme chez le père, 1 fois l'enfant était né à sept mois, 1 fois la mère et l'enfant étaient très scrofuleux, 2 fois on alléguait comme cause de la surdi-mutité et de la malformation des oreilles l'entourage de la tête par le cordon.

L'hérédité n'est pas directe dans les 7 cas relatés; elle est indirecte (oncle, père ou grand-père, etc.), ou bien ce n'est qu'une prédisposition héréditaire (frère, sœur, également sourds-muets). Sept fois il y a surdimutité chez 2 enfants du même couple ; une fois chez 3.

L'influence de la consanguinité des parents est principalement remarquable dans les cas 17, 38, 39, 40. Les pères se marièrent deux fois, une

fois avec une parente, une fois avec une étrangère. Les unions furent fécondes, mais il n'y eut de sourds-muets que dans l'union consanguine.

Dans un cas où la mère avait été infectée par son mari entre la 3e et la 4e grossesse, et où l'enfant présentait un exanthème papuleux, une adénopathie cervicale et une grande ulcération à la commissure de la bouche, Moos admit une affection labyrinthique spécifique ; le traitement ordinaire resta sans effet.

L'auteur croit également que le rachitisme peut être une cause suffisante de surdi-mutité, puisqu'il a trouvé dans une autopsie les lésions rachitiques de l'oreille très capables d'expliquer une surdité totale.

Quant à la brachycéphalie combinée à la microcéphalie constatée dans les cas 9 et 32, Moos, se basant sur les travaux de Virchow, croit pouvoir admettre un état rudimentaire du rocher, et avec Luys un arrêt de développement du lobe occipital postérieur. Enfin les 13 tours du cordon ombilical, mentionnés chez deux enfants sourds-muets, ne peuvent évidemment pas être incriminés. R. CALMETTES.

Zur Otitis labyrinthica infantum Voltolini, par Gustav BRUNNER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 10, *p.* 242, 15 *mai* 1883).

Il s'agit de la maladie décrite comme nouvelle, en 1867, par Voltolini sous le nom d'inflammation aiguë du labyrinthe membraneux et confondue jusque-là, selon lui, avec la méningite (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*).

En 1870, Reichel (*Berliner klinische Wochenschrift*, nos 24 et 25), a publié un fait semblable chez un garçon de 2 ans 1/2. Enfin, Wolf (*Archiv f. Augenheilk. and Ohrenheilkunde* IV), a également observé un fait de cet ordre sur une fillette de 5 ans.

Néanmoins, la grande majorité des auristes allemands, et spécialement Moos (*R. S. M.*, XX, 715), se sont refusés à voir là autre chose que des formes rudimentaires, abortives, bénignes de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Malgré qu'il ne puisse, pas plus que ses devanciers, apporter d'autopsies à l'appui de sa manière de voir, Brunner vient plaider la réalité de l'existence indépendante de la maladie de Voltolini.

Il se fonde sur une douzaine d'observations de surdité survenue dans des conditions identiques chez des enfants au-dessous de 6 ans et cela dans le canton de Zurich où la méningite épidémique ne règne pas comme en Allemagne.

D'après le récit uniforme des parents, tous ces enfants avaient été pris brusquement, en pleine santé, de fièvre, d'agitation, d'obnubilation intellectuelle se transformant en coma au bout d'un jour ou deux. Puis, vers le milieu ou la fin du second septenaire, la fièvre et les autres symptômes avaient disparu faisant place à une prompte convalescence. Mais alors on remarquait que l'enfant était affligé d'une double surdité et d'une démarche titubante. La marche finit par redevenir normale au bout de plusieurs mois, tandis que la surdité persiste absolue, incurable, sans que le tympan offre aucune lésion et sans que l'enfant offre ni strabisme, ni parésie, ni affaiblissement de l'intelligence. Parmi les médecins traitants, quelques-uns avaient diagnostiqué des accidents

causés par les vers, le plus grand nombre une inflammation cérébrale. Aucun des malades n'a eu de raideur de la nuque, de convulsions, de contracture ou d'otorrhée. C'est la reproduction exacte du tableau clinique esquissé par Voltolini (*R. S. M.*, XIX, 308). J. B.

Ueber ererbte syphilitische Ohrenleiden (Des otites dues à la syphilis héréditaire) par SCHWABACH (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 38, *p.* 550, 1883).

Hutchinson a signalé, le premier, la fréquence des affections de l'oreille chez les sujets atteints d'une forme de kératite qu'il considère comme invariablement liée à la syphilis, la kératite parenchymateuse. Hinton attribue la vingtième partie des otites à la syphilis héréditaire. Knapp et Kipp professent une opinion analogue.

Or les assertions de ces auteurs paraissent trop absolues. D'abord la kératite parenchymateuse ne relève pas toujours de la vérole. Ensuite, il y a des cas où, malgré la coïncidence de cette kératite et de l'otite interne, il est impossible de découvrir les traces de la syphilis, comme l'auteur en rapporte deux cas. L. GALLIARD.

Culture des diverses espèces d'aspergillus de l'oreille sur la gélatine, par SIEBENMANN (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n*° 22, *p.* 755, 15 *novembre* 1882).

Voici les résultats de ces expériences de culture :

Les aspergillus *fumigatus*, *niger* et *flavus* doivent être séparés des espèces *glaucus* et *repens* (*Eurotium*, de Bary) malgré leur ressemblance extrême, car jamais Siebenmann n'a observé la transformation d'une forme dans l'autre et les conditions biologiques des deux derniers sont bien différentes.

Tandis que les trois premiers exigent pour se développer une température minimum de 30° et une nourriture riche en azote, mais non en voie de putréfaction, les aspergillus glaucus et repens vivent dans une température inférieure à 15° et recherchent un sol nourricier contenant beaucoup de sucre et des acides végétaux.

L'aspergillus repens ne se rencontre que sur le vieux cérumen.

L'alcool, médicament si précieux contre les parasites végétaux de l'oreille, n'arrête cependant pas la germination de leurs spores; sa vertu curative doit donc s'expliquer par une action sur le sol nourricier et sur le mycélium.

La germination des spores d'aspergillus n'est pas davantage entravée par l'action, prolongée plusieurs heures durant, de l'alcool salicylé à 4 0/0, de l'iodoforme, de la naphtaline, de l'acide phénique à 1 ou 2 0/0 et de la solution de sublimé au millième.

L'huile favorise le développement des champignons dans le canal auditif. J. B.

Tuberkel-Bacillen im Ohre, par VOLTOLINI (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 2, 1884).

La suppuration de l'oreille s'observe parfois chez des sujets qui paraissent bien portants d'abord, mais ne tardent pas à se tuberculiser,

ou bien chez des individus qui offrent déjà des symptômes de tuberculose. Il est fort intéressant de savoir alors si l'on a affaire à une suppuration simple ou spécifique de l'oreille moyenne. Pour résoudre cette question, il suffit de rechercher dans le pus qui s'écoule par le tympan perforé les bacilles de Koch.

L'auteur les a constatés chez un jeune homme robuste, dont les poumons ont été atteints plus tard par la tuberculose. L. GALLIARD.

Die diphtheritischen Erkrankungen des Gehörorgans bei Scarlatina (Diphtérie de l'oreille consécutive à la scarlatine), par Louis BLAU (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 49, p. 727, et n° 50, p. 746, 5 et 12 décembre* 1881).

Garçon de 7 ans. Vers le 8e jour d'une scarlatine, diphtérie qui, de la gorge s'étend aux fosses nasales et à la face interne des joues; otorrhée double avec surdité qui devient complète au bout d'une huitaine.

Conductibilité osseuse des impressions auditives complètement abolie à droite, douteuse à gauche. Encore quelques plaques diphtéritiques sur le voile palatin 3 semaines après la scarlatine.

Tout le canal auditif droit est rempli de fausses membranes; à gauche, il n'en existe qu'au fond.

Tuméfaction des ganglions de la bifurcation carotidienne, plus marquée à droite.

Blau remplace l'insufflation d'acide salicylique, qui est trop douloureuse, même coupée de magnésie calcinée, par des bains locaux d'eau de chaux suivis d'injections et d'insufflations boriques.

Quatre jours plus tard (25 avril), les dépôts membraneux des conduits auditifs s'étant éliminés, on reconnaît que les tympans sont complètement détruits.

Le 28, début d'émiplégie faciale droite.

Le 30, muqueuse de la caisse rouge et tellement saillante de chaque côté du manche du marteau, que l'introduction d'un stylet fut nécessaire pour s'assurer qu'on n'avait pas affaire à des polypes. Incision de l'adénite cervicale droite.

Le 2 mai, la paralysie du facial droit est complète. Deux plaques diphtéritiques sur le pavillon de l'oreille droite.

Dès le lendemain, toute la cavité de la conque est remplie de fausses membranes qui se prolongent dans le canal auditif et en obstruent complètement l'orifice.

La conque de l'oreille gauche présente aussi quelques plaques diphtéritiques. Rien du côté du pharynx.

Le surlendemain, les membranes de la conque gauche forment une couche continue qui oblitère l'entrée du conduit. Celles qu'on enlève ne tardent pas à se reformer. Elles ont, d'ailleurs, envahi non seulement toute la longueur du canal auditif, mais encore toute la muqueuse de la caisse.

Le 8 mai, toutes les fausses membranes des deux oreilles externes et moyennes ont disparu, mais plus tard il s'en reforme dans la conque droite.

En résumé, dans l'espace de 15 jours, l'otite diphtéritique avait détruit entièrement les deux tympans, déterminé un commencement de carie de l'apophyse mastoïde droite et entraîné une surdité absolue. Une semaine plus tard, survenait une hémiplégie faciale droite qui demeura complète pendant une quinzaine.

C'est Wreden (*Monatsschrift f. Ohrenheilk.* 1868) qui, le premier, a signalé la diphtérie auriculaire. Il publia 18 observations de cette complication dans la scarlatine. Après lui Wendt, Küpper, Gottstein (*R. S. M.*, XIX, 315), Burkhardt-Merian (*R. S. M.*, XIX, 314), Moos, Bezold

(*R. S. M.*, XII, 671, XIV, 697), Kraussold (*R. S. M.*, XI, 678) ont rapporté des faits analogues.

Mais Burkhardt-Merian va trop loin en prétendant que toutes les suppurations auriculaires graves, consécutives à la scarlatine, sont d'origine diphtéritique, et que toutes les otites diphtéritiques ne sont qu'une extension de la pharyngite de même nature. Le traitement qu'il préconise est trop douloureux sans être plus efficace que celui auquel ont eu recours Gottstein et l'auteur lui-même. J. B.

Die Affectionnen des Gehörorgans im Verlaufe des Ileotyphus (Affections de l'oreille dans la fièvre typhoïde), par H. EULENSTEIN (*Thèse Erlangen*, 1882).

Voici, d'après l'auteur, les maladies de l'oreille qui peuvent succéder au typhus abdominal. Surdité nerveuse par empoisonnement du sang, paralysies du nerf et lésions labyrinthiques. Catarrhe de l'oreille moyenne, suppuration de l'oreille moyenne, souvent sans que le pharynx ait été primitivement atteint.

Dans le service de Ziemssen, Bezold a constaté 50 cas d'otite moyenne, de 1876 à 1880, sur 1243 cas de fièvre typhoïde, 41 suppurations aiguës; 2 catarrhes tubaires aigus ; 7 otites moyennes phlegmoneuses sans perforation. L'otite suppurée, d'un bon pronostic, débutait du 25e au 35e jour. 19 fois il y eut une propagation à l'apophyse, et 5 fois on fit l'incision de Wilde; 5 fois la paracentèse. R. C.

Ueber secundäre Labyrinthveränderungen im Gefolge chronisch eitriger Mittelohrentzündungen (Altérations secondaires du labyrinthe consécutives aux otites moyennes suppurées chroniques), par S. MOOS et H. STEINBRUGGE (*Zeitschrift für Ohrenh., XII, 2 et 3, p.* 93).

Les auteurs ont constaté, dans un cas d'otite suppurée moyenne droite, les lésions suivantes : ossification partielle de la membrane ronde ; épaississement et entaillement du périoste de tous les tours de spire du limaçon, entaillement du ligament spiral à l'origine du premier tour de spire du côté de la rampe tympanique. Globules colloïdes disséminés dans le bord périostique du limaçon et sur la paroi externe des canaux demi-circulaires, globes de pigment jaune et brun rouge dans la couche conjonctive des ampoules et dans l'épithélium latéral des crêtes. Otolithes nombreuses dans les deux oreilles ; labyrinthe de l'oreille gauche normal ; nerfs acoustiques sains. Malgré l'existence d'une pachyméningite hémorragique à laquelle le malade avait succombé, les auteurs admettent que ces lésions sont consécutives à la suppuration de la caisse par l'intermédiaire de la fenêtre ronde. R. CALMETTES.

I. — Beitrag zur operativen Behandlung der Ohreneiterungen (Contribution au traitement chirurgical des suppurations auriculaires), par H. BIRCHER (*Correspondenz-Blatt fur schweizer Aerzte,* 15 *septembre* 1881).

II. — Ein flüssiges künstliches Trommelfell und eine neue Behandlungsweise chronischer Otorrhoeen (Un tympan artificiel fluide et un nouveau mode de

traitement des otorrhées chroniques), par J. MICHAEL (*Berliner klinische Wochenschrift*, 20 *février* 1882).

III. — Ueber die Verwendung des Sublimates in der Ohrenheilkunde (De l'emploi du sublimé en otiatrique, par WAGENHAEUSER (*Idem*, 3 *décembre* 1883).

IV. — Zur Behandlung der Ohreneiterung (Du traitement des suppurations de l'oreille, par K. BÜRKNER (*Idem*, 7 *janvier* 1884).

I. — Dans 3 cas d'otite moyenne compliquée de carie mastoïdienne ou temporale, Bircher, au moyen du ciseau et en prenant les précautions antiseptiques, a ouvert largement le foyer de carie et enlevé les produits pathologiques par l'évidement de l'apophyse mastoïde. Il a ainsi, une fois, mis à nu toute l'oreille moyenne, et, les deux autres fois, ouvert la cavité crânienne, sans trace de réaction fébrile consécutive.

L'auteur est le premier qui ait, de propos délibéré, ouvert le crâne, car il existe dans la littérature trois autres observations où cette cavité fut ouverte accidentellement.

Bircher croit son opération indiquée non seulement quand la rétention du pus met la vie du malade en danger, mais aussi dans l'ostéite raréfiante.

II. — Ayant constaté que maints individus atteints de perforation du tympan éprouvent une amélioration momentanée de l'ouïe tant que leur oreille contient du liquide d'injection, Michael s'est ingénié à trouver un tympan artificiel fluide pour les malades qui supportent mal les tympans artificiels ordinaires, y compris la boulette d'ouate.

Voici comment il conseille de procéder : Au moyen d'un compte-gouttes, on laisse tomber dans l'oreille de la glycérine tant que l'examen de l'ouïe, renouvelé après l'introduction de chaque goutte, montre une amélioration croissante de l'audition ; si on en a trop mis, on l'enlève avec un peu d'ouate. On verse alors par-dessus quelques gouttes de collodion élastique. Ce dernier ne se mélange pas à la glycérine, à la surface de laquelle il forme une pellicule qu'on remplace quand, au bout d'un certain temps, elle se trouve détruite.

Lorsqu'il s'agit d'une otorrhée purulente, au lieu de glycérine simple, Michael emploie de la glycérine alunée ou tannique.

On n'a jamais à redouter que le pus soit retenu en arrière du collodion, car, en pareil cas, ce dernier est toujours rompu.

Le double avantage de ce procédé est de mettre l'oreille moyenne à l'abri de l'air, en même temps que la muqueuse de la caisse se trouve soumise à l'action permanente d'un astringent liquide.

III. — Wagenhäuser a pratiqué des injections dans le canal auditif et dans la trompe d'Eustache avec une dissolution de sublimé au dix-millième. Il en a obtenu des effets désinfectants sans aucun phénomène d'irritation ou d'intoxication. Mais il faut se servir de seringues en caoutchouc durci.

IV. — Bürkner, dans le traitement de l'otite suppurée, a essayé deux composés mercuriels : le précipité rouge et le sublimé. Vu son insolubilité, le précipité ne peut être employé que si la suppuration est peu considérable et la perforation du tympan très grande.

Contre l'hypertrophie de la muqueuse de la caisse et la myringite chro-

nique, l'oxyde mercuriel paraît plus efficace que l'acide borique. En pommade au quinzième, il a rendu de bons services contre les furoncles et les granulations du conduit externe.

Quant au sublimé, Bürkner y a eu recours avec profit, en injections à 0,1, dans les suppurations à la fois profuses et fétides. Mais, vu la cherté de cette préparation, il y a substitué les instillations tièdes de solutions aqueuses et alcooliques (0,05 à 0,1 pour 50 de chloral). Seulement, il faut veiller à ce que le liquide ne pénètre pas dans la trompe. Jamais la douleur n'a été très vive, mais la coloration blanche consécutive de la muqueuse peut gêner l'examen. Bürkner, avec le sublimé, a obtenu des succès, même dans des cas rebelles à l'acide borique et au nitrate d'argent. J. B.

Ueber Massage bei Ohrenkrankheiten (Du massage dans les maladies de l'oreille), par ZAUFAL (*Prager med. Wochenschr.*, n° 44, 1883).

Le massage, entre les mains de Zaufal, a guéri un eczéma chronique avec épaississement du pavillon, un empâtement du point d'attache du sterno-mastoïdien consécutif à une otorrhée où la glace n'avait donné aucun résultat ; l'amélioration se manifesta au contraire dès la première séance de massage ; enfin, une infiltration purulente dans le sterno-mastoïdien contre laquelle on avait pratiqué l'ouverture de l'apophyse. Elle disparut au bout de quelques séances. R. CALMETTES.

Das Wasserstrahlgebläse und seine Verwerthung als Luftedouche (Du soufflet à chute d'eau et de son emploi pour la douche d'air), par LUCAE (*Archiv für Ohrenh.*, *XX*, 3. *p.* 161, 1883).

A l'aide d'un appareil pour la description détaillée duquel nous renvoyons à l'original et qui repose sur l'emploi de deux injecteurs Giffard, l'auteur supprime tout travail musculaire pendant le cathétérisme et peut pratiquer des insufflations prolongées pendant plusieurs minutes, ce qui est d'un grand avantage dans les catarrhes de l'oreille moyenne avec sécrétion abondante. Pour la douche sans cathéter, l'auteur a vu un courant d'air puissant et continu pénétrer très souvent même chez les adultes dans l'oreille, sans participation du malade. Dans le cas contraire, il a recours à la phonation et il a remarqué qu'une simple intonation initiale suffit pour que le voile reste relevé d'une façon prolongée. Si cela ne suffit pas on passe au procédé de Polizer proprement dit; mais alors on n'a plus le bénéfice de la douche prolongée. R. CALMETTES.

Ueber die Verwerthung des Leiter'schen Wärmeregulators bei der Behandlung von Ohrenkrankheiten (De l'emploi du régulateur thermique de Leiter dans les maladies de l'oreille), par K. BÜRKNER (*Archiv für Ohrenh.*, *XVIII*, *p.* 115).

Cet appareil consiste simplement en un tube de plomb flexible auquel on peut donner toutes les formes, et dans lequel on peut faire circuler de l'eau à la température que l'on veut. Cet instrument, très vanté par Politzer, principalement dans les affections mastoïdiennes (l'eau froide

aurait évité l'incision de Wilde), a donné à Bürkner d'excellents résultats dans un cas d'otite externe, deux cas d'otalgie, dans l'otite moyenne aiguë et principalement la périostite mastoïdienne. Bons résultats, aussi dans un gros abcès du pavillon et dans les furoncles. R. C.

Fibrom des Siebbeines mit pneumatischen Räumen (Fibrome de l'ethmoïde avec cavités pneumatiques), par O. CHIARI (*Wien. med. Jahrbücher, Heft III*, p. 480, 1882).

Un jeune homme de 17 ans se présente à l'hôpital avec une tumeur qui occupe la moitié droite de la face, les cavités nasale et pharyngienne. C'est à l'âge de 13 ans qu'il a remarqué pour la première fois le gonflement de la région temporale droite, puis il a eu de l'épiphora, de l'exopthalmie et de l'amaurose du même côté. Plus tard, déviation du nez, épistaxis répétées, troubles de la phonation, de la déglutition, gêne respiratoire.

Suppuration autour de la tumeur, propagation de l'abcès jusqu'à la région sous-claviculaire, abcès métastatiques des poumons et mort.

Autopsie. — On trouve dans la fosse sphéno-maxillaire droite une tumeur de la grosseur d'une orange, blanchâtre, dure, bien circonscrite, refoulant le muscle temporal, le masséter et l'arcade zygomatique, pourvue d'un pédicule qui, traversant le trou sphéno-palatin agrandi, la fixe à la base du crâne. Le périoste du temporal et de l'éthmoïde est infiltré de pus de même que le tissu conjonctif et les musles qui entourent la tumeur.

En fendant le crâne d'avant en arrière, on constate que la fosse nasale droite est remplie par une production aussi volumineuse que celle de la fosse sphéno-maxillaire qui s'y rattache par son pédicule ; la cloison est refoulée à gauche ; la partie droite de l'ethmoïde est envahie, la lame criblée et la selle turcique sont refoulées vers la cavité crânienne ; le nerf optique est comprimé. La tumeur fait saillie dans l'orbite et comprime le canal nasal.

Cette tumeur est creusée de grandes cavités qui communiquent par de larges ouvertures avec la fosse nasale et sont recouvertes de muqueuse à épithélium vibratile. Ce sont les cellules ethmoïdales dilatées. Dans leurs parois le tissu osseux fait presque complètement défaut et l'on y trouve du tissu fibreux avec de rares éléments cellulaires. L'examen des parties solides de la tumeur montre qu'elle mérite le nom de fibrome. L. GALLIARD.

Gestielte Exostose im æusseren Gehörgang in Folge lang dauernder Eiterung. Entfernung mittlelst Schlinge ; microscopiche Untersuchung (Exostose pédiculée du conduit auditif externe consécutive à une suppuration de longue durée ; ablation avec le serre-nœud. Examen microscopique), par David-C. COCKS (*Zeitschr. für Ohrenh. XIII*, 2-3, *p.* 172, 1884).

La tumeur, que le malade pouvait sentir avec son petit doigt, avait tout à fait l'aspect d'un polype inséré à la paroi postéro-supérieure du conduit au point de jonction de la portion cartilagineuse et de la partie osseuse. Après l'enlèvement de la muqueuse rosée et humide qui la recouvrait, on put constater que la tumeur se composait de deux parties distinctes, une volumineuse (15 millimètres 10. 7) et une petite, articulée sur la première. Elles sont recouvertes d'une membrane épaisse périostique. Leur structure était manifestement osseuse. L'auteur admet que ces ostéomes proviennent des granulations produites par l'otite suppurée où les ostéoblates émanés de l'os dénudé ont trouvé un milieu favorable pour se développer et se multiplier. Pour l'articutation des deux os, il faut admettre que l'ossification s'est faite

dans deux granulations voisines que les mouvements de mastication frottaient l'une contre l'autre. R. CALMETTES.

I. — Zur Casuistik des Cholesteatoms des Schlafenbeins, Tod durch Sinus-Thrombose (Trois cas de cholestéatome du temporal, dont deux mortels par thrombose des sinus), par L. KATZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 12, *p.* 167, 21 *mars* 1881).

II. — Ein Fall von Cholesteatom des Schläfenbeins ohne Caries. Tod durch Kleinhirn-Abscess (Cholestéatome du temporal sans carie; mort par abcès du cervelet), par L. KATZ (*Idem*, *n°* 3, *p.* 36, 15 *janvier* 1883).

I. — Von Tröltsch a montré que la majorité des cholestéatomes, ou tumeurs perlées du temporal, ne sont pas des néoplasies primitives de l'os, mais des productions secondaires résultant de la rétention des exsudats épithéliaux consécutifs à une otite moyenne suppurée. En voici 3 exemples :

1er *fait :* Homme de 22 ans, éprouvant de la surdité, des douleurs dans le pariétal droit, et ayant un écoulement fétide par l'oreille droite, ainsi qu'une fistule sur l'apophyse mastoïde. Après avoir eu quelques jours de la fièvre, des frissons, de l'ictère, il meurt au milieu des symptômes de la septicémie.

Autopsie : Rougeur et tuméfaction intenses de la peau du conduit auditif externe, qui se continue sans ligne de démarcation avec la muqueuse de la caisse, également épaisse et rouge. A la partie postérieure du conduit auditif externe, petite fistule conduisant dans l'antre mastoïdien. Membrane du tympan complètement détruite. Il ne reste d'autre vestige des osselets, qu'un fragment du marteau. Aucun polype. Intégrité du conduit de Fallope, de la fenêtre labyrinthique, du vestibule et du limaçon.

La caisse du tympan, remplie par un cholestéatome, est transformée en une vaste cavité irrégulière s'ouvrant largement dans l'antre mastoïdien qui a les dimensions d'une petite noix. Les cellules mastoïdiennes sont en grande partie détruites. Le toit de la caisse tympanique est très aminci; la face postérieure du rocher offre une perte de substance ovale, grosse comme un haricot, par laquelle la masse nacrée fait saillie. L'apophyse mastoïde présente au niveau de la paroi supérieure du conduit auditif externe, à un demi-centimètre de sa paroi postérieure, un trou de carie, irrégulier, gros comme un demi-pois; le stylet qu'on y introduit débouche directement dans la fosse sigmoïde. L'apophyse mastoïde est réduite elle-même à une lamelle osseuse mince que les pinces brisent facilement; à son niveau, les téguments sont œdématiés et présentent l'entrée de la fistule.

Abcès pulmonaires multiples. Rate volumineuse. Sinus transverse plein de thrombus grisâtres qui s'étendent dans la jugulaire jusqu'à la hauteur du cou. Cerveau et dure-mère sains.

A l'œil nu, les portions extérieures du cholestéatome sont d'un blanc nacré tandis que les portions qui se trouvaient dans la caisse du tympan, à l'abri de l'air, ont l'aspect du chocolat. Au microscope on y voit, outre les éléments habituels (grosses cellules d'épithélium pavimenteux et tablettes de cholestérine) des champignons et de nombreux corpuscules arrondis, brillants, jaunes, qui ne se dissolvent pas comme la graisse.

L'oreille gauche offrait également les signes d'une suppuration de la caisse.

2e *fait :* Garçon de 13 ans, convalescent d'une fièvre typhoïde. Il est admis à l'hôpital pour un écoulement purulent de l'oreille gauche, accompagné de gonflement œdémateux de l'apophyse mastoïde et de frissons répétés. Malgré l'incision mastoïdienne, il succombe 3 jours plus tard à la septicémie.

Autopsie : Cholestéatome volumineux de l'apophyse mastoïde et de la caisse du tympan, qui a perforé l'os en arrière et causé une thrombose des sinus avec un peu de méningite basilaire. Le méat auditif externe était rétréci en forme de fente.

3e *fait* : Homme de 30 ans ayant depuis longues années une otorrhée droite. Le conduit auditif externe renfermait de nombreux bourgeons charnus et une fistule au niveau de sa paroi postérieure. Le tympan était détruit, il y avait un écoulement fétide, l'apophyse mastoïde était tuméfiée.

En outre, il existait de la paralysie faciale et le malade accusait de violentes douleurs dans la moitié droite de la tête et de forts vertiges. Enfin il survint du sopor.

Katz diagnostiqua une carie du rocher avec méningite secondaire et peut-être abcès encéphalique. Contre toute attente, au bout de quelques semaines, le malade était complètement rétabli. Sa surdité droite était presque complète, mais la paralysie faciale et les autres troubles cérébraux entièrement disparus. Neuf mois plus tard, il succomba à une pleurésie droite consécutive à une carie costale.

A l'autopsie, on constata une carie du temporal qui était rempli par une masse volumineuse de cholestéatome, mais la dure-mère et le cerveau ne montraient aucune trace de lésion.

II. — Homme de 38 ans, opéré il y a 5 ans pour un polype de l'oreille gauche ; fièvre typhoïde en 1868 et variole en 1871. En septembre 1882, il vint trouver Katz pour une otorrhée profuse accompagnée de douleurs. Rougeur et gonflement de l'entrée du conduit auditif externe dont la paroi supérieure cartilagineuse est tellement déprimée qu'elle s'oppose à l'inspection des parties profondes. Chaque fois qu'on introduit le spéculum, il se remplit aussitôt de pus. Dans un examen ultérieur, encore imparfait, Katz aperçut une perforation lenticulaire dans le segment postéro-supérieur du tympan. Au niveau de l'apophyse mastoïde, les téguments sont indolores et normaux.

Après une amélioration d'une huitaine, déterminée par le traitement, le malade fut pris de violentes douleurs en arrière de l'apophyse mastoïde gauche, puis apparurent des phénomènes cérébraux.

Une heure avant sa mort, survenue au milieu d'octobre, le malade se trouvait dans l'état suivant :

Méat auditif presque entièrement obstrué par affaissement de la paroi supérieure du conduit, et laissant écouler du pus en abondance. Pouls lent. Paralysie du droit externe de l'œil gauche. Contractions rythmiques des sterno-mastoïdiens telles, que le malade branlait la tête 10 fois par minute. Sensorium libre. Sensation intense de froid. Pas de paralysie faciale. Mort subite au milieu de convulsions cloniques.

Autopsie : Dans la portion du cervelet qui repose sur la face postérieure du rocher gauche, cavité de la grosseur d'une noix, remplie d'un pus verdâtre épais et doublée d'une membrane qui l'isole de la base du crâne. En enlevant la dure-mère, épaissie et injectée, de la face postérieure du rocher, on aperçoit une masse blanche, d'éclat nacré, molle, composée de couches concentriques, qui a perforé l'os sur une longueur de 2 centimètres et demi et sur une largeur de 2. Le toit du tympan offre aussi une perforation moitié plus petite. Enfin la tumeur a également envahi les cellules mastoïdiennes et perforé la paroi postéro-supérieure du conduit auditif externe. Pas de thrombose des sinus. Caisse du tympan et osselets normaux. Pas trace de carie. (*R. S. M.*, II, 105 ; III, 391 ; XVIII, 672 et XX, 725). J. B.

Ein weiterer Beitrag zur Casuistik der Schläfebein-Necrose (Nouvel exemple de nécrose du temporal), par C. KELLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 44, *p.* 631, 1er *novembre* 1880).

Chez un enfant de 2 ans, scrofuleux, K... a observé l'élimination d'un séquestre comprenant l'apophyse mastoïde droite et des restes des écailles temporale et occipitale. Le fragment nécrosé avait 2 centimètres 1/2 de long, sur 2 1/4 de haut et 1 et 1/2 de large ; de forme irrégulièrement rhombique, il laissait voir l'antre et les cellules mastoïdiennes, la voûte du tympan et un tronçon du sillon sigmoïde. Son bord supérieur correspondait à la ligne de la suture pétrosquameuse ; son bord antérieur passait immédiatement en arrière de l'anneau tympanal ; à la jonction de ces deux bords, se trouvait un fragment de l'écaille. Le bord postérieur du séquestre restait à quelque distance de la ligne de la suture occipito-mastoïdienne ; à son bord inférieur, adhérait un fragment de l'écaille occipitale qui allait jusqu'à la fosse jugulaire. En examinant la face interne du séquestre, on reconnaissait qu'il s'était détaché de la paroi postérieure de la caisse du tympan et de la capsule spongieuse du labyrinthe.

3 ans après l'extraction du séquestre, il y avait encore persistance de la fistule mastoïdienne et de l'otorrhée, mais il n'existait aucun phénomène cérébral et l'hémiplégie faciale avait presque disparu. Enfin, il s'était reproduit du tissu osseux (*R. S. M.*, XVIII, 675). J. B.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Étude statistique sur la morbidité et la mortalité dans l'armée française (période quinquennale 1875-1879), par A. MARVAUD (*Annales d'hygiène publ.*, *octobre-novembre-décembre* 1883).

A ce mémoire très étendu et rempli de tableaux numériques, nous ne pouvons emprunter que quelques chiffres ; pendant la période quinquennale de 1875 à 1879, l'armée française a présenté une proportion annuelle de 541 malades pour 1,000 hommes présents.

La mortalité annuelle, prise dans son ensemble, a été de 9,2 pour 1,000 hommes d'effectif. Suivant les différents corps, elle a oscillé entre 5,91 (Amiens) et 13,4 (Algérie) ; suivant les diverses armes, elle s'est trouvée comprise entre 4,59 (secrétaires d'état-major) et 25,32 (compagnies de discipline).

Suivant le titre auquel servent les militaires, la mortalité annuelle, pour 1,000, a été de 6,70 pour les officiers, de 2,46 pour les réservistes (qui servent peu de temps), de 4,93 pour les engagés conditionnels, de 8,79 pour les engagés volontaires, de 9,73 pour les appelés (conscrits) et de 12,34 pour les rengagés.

La fièvre typhoïde a causé, année moyenne, 1,489 décès, la tuberculose 614.

Pendant les cinq ans, les hôpitaux militaires ont reçu 53,393 typhoïdiques, sur lesquels 7,424 ont succombé, soit une mortalité d'environ 14 0/0.

Le nombre des rougeoles a été de 7,907, celui des varioles de 4,273 et celui des scarlatines de 763.

La mortalité variolique a été de 10 0/0, la scarlatineuse de 7 0/0 et la morbilleuse d'un peu moins de 3 0/0.

La fièvre paludéenne a fourni pendant la période quinquennale 57,336 entrées dans les hôpitaux, avec une mortalité de 1,1 0/0.

La moyenne annuelle des phtisiques en traitement dans les hôpitaux militaires est de 1,000 avec 123 décès.

La mortalité annuelle par maladies du cœur est de moins de 0,2 pour 1,000, celles d'éliminations dues à la même cause de 1,4.

La moyenne annuelle des décès dus à l'alcoolisme est de 18, soit 1 pour 25,000 hommes.

Les maladies vénériennes ont subi une décroissance marquée, puisque de 106 dans la période de 1862 à 1869, elles sont tombées à 74 dans celle de 1872 à 1879, pour 1,000 hommes de troupes, mais cette diminution ne porte que sur les blennorragies. La moyenne générale de 1876 à 1880 donne pour 1,000 hommes d'effectif, 8,5 syphilis, 11 chancres mous et 4,15 blennorragies.

La mortalité causée par les accidents est de 0,6 pour 1,000 hommes, alors que par maladies elle est de 10,32.

Le suicide tend à diminuer : 136 en moyenne par an. J. B.

Army medical Department; Report for the year 1881 (Statistique médicale de l'armée anglaise en 1881), un vol. in-8°, de 360 p., *Londres* 1883.

L'effectif moyen de l'armée se monte à 173,331, non compris quelques troupes locales de Ceylan, de Malte, etc.

Le chiffre des admissions à l'hôpital est de 193,274, soit 1,115 0/00 hommes.

Le chiffre des décès atteint 2,269, soit 12.85 0/00 (en y comptant les hommes en position d'absence).

Ces proportions varient d'une façon extraordinaire avec les garnisons : à Gibraltar, la moyenne des décès n'est que de 4.50 0/00, dans le Royaume-Uni, de 7.45 0/00 ; en Chine, de 9.47 0/00, aux Indes occidentales, de 61.31 0/00

Au point de vue de la pathologie, voici les conclusions générales :

A la *tuberculose* reviennent le plus grand nombre des décès dans l'armée d'Europe. Aux colonies, cette affection cède le pas à certaines maladies épidémiques ou endémiques.

La *fièvre typhoïde* cause proportionnellement 20 fois moins de décès que dans l'armée française. (Pas de traitement systématique. Mortalité élevée.) Son ubiquité (Antilles, Le Cap, Indes, etc.), est très remarquable.

Fréquence du *rhumatisme articulaire*, des *affections du cœur* et des *gros vaisseaux*.

Ravages de l'*alcoolisme* et de la *syphilis*.

La fièvre *tellurique* domine aux colonies ; mortalité immédiate faible.

La *dysenterie* et l'*hépatite* sévissent particulièrement dans l'Inde.

Le *typhus à rechutes* règne dans la Méditerranée.

Le *typhus fever* ne compte que quelques cas en Angleterre même.

La *dengue* s'est montrée à Malte et au Bengale;
La *fièvre jaune* à la Barbade;
Le *choléra*, sous forme épidémique dans l'Inde. C. Z.

Étude sur le recrutement dans l'Isère. — Étiologie du goitre, par R. LONGUET (*Arch. de méd. mil., t. III, p.* 97, 162, 200, 284).

Ce travail qui peut passer pour un modèle du genre, ne se prête guère à l'analyse. Nous essayerons cependant d'en extraire quelques-uns des faits les plus importants et d'un intérêt général.

Dans l'Isère, *l'endémie goitreuse* est très exactement cantonnée aux formations de *mollasse miocène* (couche d'argile à lignites en particulier) et de *lias schisteux*. Si l'on dresse d'une part, la carte de la distribution des terrains incriminés et de l'autre, celle de la répartition des exemptions du service actif pour goitre dans les 18 cantons les plus atteints (de 8 à 46 exemptions 0/00), on obtient des dessins presque exactement superposables. L'action du sol se produirait sur l'organisme par l'intermédiaire de l'eau potable ; c'est ce qui expliquerait pourquoi les améliorations du service des eaux se répercuteraient sur l'état sanitaire des populations et pourquoi le sol restant le même, le goitre disparaît peu à peu de l'Isère.

L'auteur est, comme on voit, un partisan déclaré de la théorie *hydrotellurique* dont Saint-Lager a été le principal initiateur.

La carte des exemptions pour *varices et varicocèles* présente une disposition exactement inverse de celle qui se rapporte aux *exemptions de taille*. Ce fait confirme le départ fait par Longuet, dans la population de l'Isère, de deux races originales ayant conservé, séparées par l'Isère, leurs caractères primordiaux : kymrique au nord, celtique au sud. C. ZUBER.

Essai sur un projet d'études méthodiques de l'hygiène des casernements, par M. RENARD, (*Archives de méd. mil., t. III, p.* 49).

Renard propose de créer le dossier médical de chaque caserne et de chaque hôpital militaire au moyen d'un *carnet de casernement*, contenant tous les renseignements nécessaires pour éclairer chaque médecin-chef au moment de la prise de possession de son service. Ce carnet devrait contenir en premier lieu le plan des bâtiments avec les détails nécessaires de canalisation de l'eau et des égouts. En second lieu, il contiendrait les renseignements indispensables concernant le sol, l'air, l'eau, les égouts, etc. En troisième lieu, il contiendrait l'historique sommaire des épidémies, les améliorations projetées ou ordonnées, les opérations d'assainissement, etc.

On remarquera que ce projet a une portée qui dépasse notablement le milieu militaire et qu'il pourrait et devrait être appliqué à tous les établissements des grandes villes, à tous les quartiers suspects ou même à toutes les maisons insalubres de ces quartiers. C. ZUBER.

La fièvre typhoïde aux colonnes d'opération du Sud oranais en 1881, par CZERNICKI (*Archives de méd. et de pharm. milit., tome III, p.* 401, 1884).

Cette étude est le complément nécessaire de celle qui a été analysée précédemment (*R. S. M.*, XXIII, p. 762).

Du 1er janvier au 1er avril 1881, date du début des opérations mili-

taires, la fièvre typhoïde avait entraîné 17 décès parmi les troupes d'occupation; du 1er avril au 31 décembre, les opérations de guerre provoquent une extension épidémique favorisée par l'arrivée de 14 bataillons de France.

L'effectif étant de 21,110 hommes, on observa environ 1,400 cas de fièvre typhoïde avec 425 décès, ce qui correspond à une mortalité de 21 pour 1,000 hommes présents, qui se décompose ainsi : cavalerie de France, 33 0/00, trains des équipages, 27 0/00, infanterie de France, 24 0/00, zouaves et tirailleurs, 8 0/00.

Les causes étiologiques incriminées en Tunisie paraissent avoir agi dans la province d'Oran, c'est-à-dire : l'infection des garnisons ou des camps, l'acclimatement, les fatigues et les privations, les chaleurs. A propos de cette dernière influence, l'auteur cite l'exemple très intéressant d'un bataillon du 68e régiment de ligne. Ce bataillon venu du Blanc, débarqué à Alger le 3 mai, y séjourne pendant un mois sans malades; le 3 juin il est transporté à Saïda, d'où il entre immédiatement dans la région des chotts. Pendant un mois il y subit les plus grandes fatigues et les plus lourdes chaleurs; dès le 20 juin les premiers cas apparaissent, et le bataillon, arrivé enfin à Frendah le 8 juillet, épuisé de fatigues, ruiné par la diarrhée, les privations, la nostalgie, devient la proie d'une explosion épidémique la plus grave de toutes, qui ne cesse qu'après le retour à Oran.

Un autre fait, plus remarquable encore, se rapporte au bataillon du 139e de ligne et fait ressortir l'influence de l'action des chaleurs combinée à la fatigue. Le 18 juillet, le bataillon se met en route. « Cette colonne, composée de plus de 600 hommes nouveaux venus en Afrique, dut marcher quatre jours consécutifs, faisant des étapes de 32 à 36 kilomètres. Les malheureux soldats, ployant sous leur charge, eurent énormément à souffrir d'une température épouvantable. Nous sommes au-dessous de la vérité en estimant au quart le nombre des hommes qui furent pris pendant la route d'épistaxis plus ou moins répétées. Dès les premiers jours de notre arrivée, les diarrhées et les embarras gastriques allèrent croissant, des fièvres continues à caractère typhoïde se présentèrent immédiatement, et du 21 au 31 juillet nous évacuions sur l'hôpital militaire de Tiaret sept fièvres typhoïdes confirmées et graves. »

Dans un article très important publié dans le même journal (*Archives de méd. et de pharm. mil.*, t. III, p. 273), M. Marvaud avait cru devoir attribuer à la contagion, l'épidémie observée en Tunisie. A cette doctrine, M. Czernicki répond par les considérations suivantes, dont on ne saurait trop louer la judicieuse réserve : « Il ne suffit pas de n'admettre dans des agglomérations humaines de ce genre aucun individu malade, pour envisager l'avenir sans crainte. Moins simple est le rôle du médecin militaire vis-à-vis du commandement, moins facile sa mission. Il importe encore et surtout de ne pas mettre l'organisme du soldat en état d'opportunité morbide, de ne pas préparer au microbe inconnu le terrain de culture favorable à sa reproduction et à son action morbigène. A cet égard, les faits observés dans les deux expéditions militaires de 1881 sont assez clairs et assez nombreux pour ne laisser aucun doute dans l'esprit, et les enseignements qui en découlent ne doivent pas être perdus pour l'avenir. »

C. ZUBER.

I. — **Der Fussboden der Kaserne (Le plancher des casernes)**, par **A. MICHAELIS** (*Internationale Revue ueber die gesammten Armeen und Flotten, octobre* 1882).

II. — **Ueber die Fussboden von Wohnräumen und Kasernen**, par **KOCHER** (*St-Petersb. med. Wochensch.*, 1883).

I. — Michaelis publie une conférence qui s'adresse à un public d'officiers ; la salubrité d'une caserne dépend du commandement autant que du médecin, et il importe que les officiers connaissent les causes principales d'insalubrité, afin de pouvoir les combattre. L'auteur ne pouvait guère choisir un sujet plus neuf ni plus intéressant ; et s'il a dû souvent atténuer les termes techniques, du moins a-t-il corrigé cette insuffisance de rigueur scientifique par un grand nombre de faits bien choisis pour frapper ses auditeurs.

Lorsque l'on examine le dessous du plancher d'une caserne (ou d'une habitation quelconque, car toutes ces études d'hygiène dans l'armée ont une portée qui s'étend bien au delà des limites du milieu militaire), l'on trouve un état différant suivant que le plancher était habituellement nettoyé à sec ou à grande eau. Dans le premier cas, on ne rencontre que de la poussière plus ou moins tenue, dans le second on trouve des croûtes plus ou moins molles, de couleur sale, mal odorantes.

Tous ces détritus fourmillent naturellement de germes de toute espèce, et il est bien permis de supposer que ces fermentations diverses qui se passent sous nos pieds ne sont pas sans influence sur la santé des habitants. Mais autre chose est d'émettre des hypothèses, et d'apporter des faits précis et démonstratifs à l'appui de ces hypothèses. Les faits rapportés par Michaelis sont frappants, mais nous sommes devenus si sceptiques en matière d'étiologie que nous verrions avec plaisir une confirmation ultérieure de ces faits. Ainsi, chose curieuse, l'auteur attribue le scorbut à l'insalubrité provenant des planchers.

L'auteur recommande aux constructeurs de n'employer que des bois durs imbibés de sublimé et de remplir le sous-plancher avec du sable mêlé de coke. Pour le nettoyage, on emploiera la brosse et une solution de chlorure de zinc au millième.

II. — Kocher admet toutes les idées émises dans le travail qui précède. Il relate un fait personnel et signale en terminant la caserne des chasseurs de la garde à Saint-Pétersbourg, caserne dont tous les planchers sont bitumés. Il attribue à cette particularité l'excellent état sanitaire du régiment.

C. ZUBER.

Des abcès phlegmoneux provoqués par l'écorce de garou, par **M. TALON** (*Archives de méd. et de pharm. milit., t. III, p.* 433).

L'auteur a eu l'occasion d'observer, chez des disciplinaires, plusieurs cas de phlegmons provoqués au moyen de l'écorce de garou. Ce moyen aussi ingénieux qu'efficace, et dont certains corps d'Afrique font largement usage, est décrit de la façon suivante :

L'opérateur charge d'un filament d'écorce de garou une grosse aiguille avec laquelle il traverse un pli cutané (généralement de la partie antérieure de la cuisse), il tire l'aiguille de façon à ce que l'extrémité libre du fil disparaisse sous la peau ; il coupe l'autre extrémité, qu'il laisse dépasser de 2 à 3 centimètres. Au bout de 24 heures, une violente in-

flammation suppurative se déclare et le fil de garou est retiré. Les simulateurs sont convaincus qu'un séjour plus prolongé dans le tissu de cette écorce irritante pourrait amener des accidents très graves. Aussi ont-ils soin de mesurer très exactement la longueur du filament pour pouvoir s'assurer, à sa sortie, qu'il n'en est pas resté une partie dans les chairs. 9 observations à l'appui.

Des faits du même genre, observés chez des marins, se trouvent relatés dans la thèse de Gentilhomme (*De la simulation dans le service militaire*, Th. de Paris, 1884). C. ZUBER.

Tuberkel-Bacillen und Pneumonie-Coccen in ihrer Bedeutung für die Frage der Dienstbeschädigung, par M. LÜHE (*Deutsche militairärtzl. Zeitschrift*, n° 6, 1884.

L'auteur considère comme absolument démontré (*unumstössliche Thatsache*) l'origine parasitaire de la tuberculose *et même de la pneumonie* : les bacilles de Koch et les coccus de Friedländer sont pour lui le critérium certain de la maladie. S'il n'était question que d'une opinion purement scientifique et ne devant entraîner que des conséquences théoriques, il serait inutile de s'arrêter longuement à une doctrine peut-être un peu plus avancée qu'il ne conviendrait. Mais l'auteur parle de ces idées sujettes à controverse pour résoudre à sa façon des difficultés purement administratives et cette solution nouvelle paraît de nature à imposer aux gouvernements des dépenses considérables.

1) Toutes les fois qu'un médecin militaire sera appelé à établir un certificat d'incapacité de service au point de vue de la réforme à la suite de phtisie ou de pneumonie il devra attribuer à la localité une importance plus considérable qu'il n'a été fait jusqu'ici (parce que la pneumonie. pas plus que la phtisie, ne sont dues à des causes banales, mais bien à l'insalubrité des casernes, hôpitaux, etc.).

2) L'incapacité de servir devra être attribuée *ipso facto* au service dans la majorité des cas, attendu que le malade n'est pas en position de se soustraire à l'influence du milieu pathogénique, et qu'il est impossible de démontrer quel est, dans chaque cas particulier, le milieu nocif (c'est-à-dire que l'on ne peut affirmer que c'est telle ou telle caserne, au lieu de telle ou telle brasserie ou auberge, mais il y a des probabilités pour que l'infection provienne de la caserne plutôt que d'ailleurs).

3) On ne peut admettre d'exception à cette règle que dans le cas très rares, où l'on peut démontrer que l'existence des causes prédisposantes, de même que le choix de la localité proviennent du libre choix de l'homme malade. (Ainsi, par exemple, il est clair que le bal et que les excès de toutes sortes créent des prédispositions dont l'Etat ne saurait être responsable.) C. ZUBER.

Du traitement de l'adénite cervicale tuberculeuse des soldats par l'extirpation et le râclage, par POULET (*Arch. de méd. et de pharm. mil., T. III, p.* 409).

Ces observations (au nombre de neuf) ont été recueillies dans le service spécial des détenus à l'hôpital du Val-de-Grâce, par conséquent dans un milieu fort défavorable au point de vue thérapeutique. Malgré ces conditions facheuses les résultats sont encourageants, ce qui ne peut que témoigner en faveur de la méthode préconisée. Nous ne suivrons

pas l'auteur dans les détails intéressants concernant l'historique de ce traitement et l'anatomie pathologique des lésions tuberculeuses en général et de celles des adénites cervicales en particulier ; nous nous contenterons de reproduire textuellement les conclusions de son travail :

1° L'adénite cervicale du soldat est de nature tuberculeuse;

2° Les médicaments sont inefficaces contre cette affection. Le traitement hygiénique est susceptible de guérir la maladie; malheureusement il est trop souvent plus théorique que pratique, d'une exécution toujours longue et onéreuse;

3° Les topiques sont impuissants à modifier profondément la marche de l'affection : ou bien leur action est nulle, ou bien ils aident le travail de la nature et favorisent l'élimination;

4° L'extirpation hâtive nous semble indiquée dès la première constatation de l'adénite; elle permet d'enrayer les progrès du parasite, de guérir radicalement, promptement, sans grands dangers, ses premières colonies;

5° L'extirpation tardive, déjà plus difficile, offre moins d'avantages, présente quelques dangers; aussi doit-on lui préférer, lorsque les ganglions sont caséeux et suppurés, le raclage et le curage avec la cuiller de Volkmann. C. ZUBER.

Contribution à l'étude des plaies du cœur par armes à feu, par de SANTI (*Archives de méd. et de pharm. milit., t. III, p.* 440, 1884).

Nous extrayons de cette revue d'ensemble, fort intéressante et complète, les résultats de quelques expériences faites au Val-de-Grâce sur le cadavre :

Avec le revolver d'ordonnance, et une vitesse de 140 mètres, on observe des ouvertures d'entrée et de sortie nettes; — l'ouverture de sortie présente des fissures lorsque le cœur est plein d'eau.

Avec le fusil Gras et une vitesse de 250 mètres, l'orifice de sortie est largement déchiré, surtout sur les cœurs pleins.

Avec le même fusil et une vitesse de 440 mètres, l'orifice d'entrée reste nettement circulaire. Sur le cœur plein d'eau, « l'orifice de sortie est méconnaissable, le cœur est complètement éclaté, les cloisons sont déchirées, la face postérieure du ventricule gauche est enlevée, quatre à cinq déchirures profondes se prolongent sur les oreillettes et le ventricule droit. »

Rien ne saurait mieux démontrer le rôle de la pression hydraulique dans les lésions par armes à feu des cavités closes. C. ZUBER.

Le premier pansement sur le champ de bataille (*Berlin. klin. Woch., n°* 18, 1884).

Dans la séance du 17 avril 1884, le treizième congrès des chirurgiens allemands réuni à Berlin a discuté l'importante question du premier pansement sur le champ de bataille.

Lesser présente le sachet à pansement dont il a donné le modèle. Il s'agit d'une véritable cartouche dans laquelle on place une poudre antiseptique (iodoforme et borax) et que l'on entoure d'un lambeau de mousseline et de coton hydrophyle et d'un triangle. Il propose de mettre

cette cartouche à la place de la vingtième cartouche dans la cartouchière gauche. L'augmentation de charge résultant pour le soldat est insignifiante (10 grammes environ). Le prix serait de 38 à 40 centimes.

La communication de Lesser est l'objet de critiques très vives de la part de *Roth*, médecin en chef du corps d'armée saxon, dont tout le monde connaît la haute compétence. Jamais, dit-il, l'autorité militaire ne permettra d'introduire dans la cartouchière autre chose que des cartouches à poudre et à balle. D'autre part, l'utilité de la cartouche à pansement est discutable d'une manière générale. Il faudrait que tous les soldats soient familiarisés avec le mode d'application du pansement et un peu aussi avec les nécessités de l'antisepsie, ce qui est une pure impossibilité. Sur le champ de bataille, la besogne la plus pressante, la plus utile, mais aussi la plus difficile, est l'enlèvement des hommes frappés : le pansement sur place est, et doit rester, une exception. Pendant la dernière guerre en Egypte, on a revu ce qui a été observé maintes fois ; les soldats anglais employaient les triangles antiseptiques en guise de chaussettes russes ou en guise de mouchoirs.

D'ailleurs, il ne faut pas croire que tout doit être rejeté dans les propositions nouvelles inspirées par les doctrines parasitaires. Le ministère de la guerre prussien va procéder à une enquête approfondie sur l'emploi de l'antisepsie en campagne d'après les résultats présentés à l'Exposition d'hygiène de Berlin. On examinera à cette occasion toutes les nouveautés, y compris celle de Lesser.

Esmarch qui est l'un des adhérents les plus chaleureux du paquet à pansement, prononce quelques paroles en faveur du modèle présenté. Lesser repousse, non sans vivacité, les objections formulées. Dans son argumentation, il est un point qui mérite d'être relevé d'une façon toute spéciale. Il est vrai que l'enlèvement rapide des blessés est la nécessité capitale, mais comme cet enlèvement doit se faire par des brancardiers, que le chiffre des brancardiers est forcément limité, dans bien des engagements l'enlèvement restera insuffisant. Le sachet à pansement a précisément pour but de remédier à cette défectuosité. C. Z.

Versuche über den Nährwerth von « Carne pura » (Essais sur l'emploi de la poudre-viande américaine dans l'armée), par RÖNNBERG (*Deutsche militär Zeitschrift, p.* 442 *et* 501, 1883).

On sait que la poudre-viande dite *carne pura* est fabriquée en Amérique par un procédé dû à Hoffmann (de Leipzig) et qui est resté secret. Quoique de qualité inférieure à celles qui sont produites en France et dans les autres nations européennes, elle est seule abordable pour les armées, comme prix et comme importance de production.

Rönnberg, médecin dans l'armée prussienne, s'est soumis pendant six semaines à l'alimentation par cette poudre combinée avec des légumes, de manière à ne pas consommer de viande. Il serait trop long de relater les détails de cette intéressante expérience, et du menu imaginé par Rönnberg ; contentons-nous de dire que le résultat fut favorable. Le poids du corps descendu de trois livres au bout de quelques jours resta stationnaire ; pendant toute la durée de l'expérience, le bien-être général fut parfait et les fonctions intellectuelles parurent présenter plus de lucidité et d'activité que d'habitude. C. Z.

Das Beckersche Vefahren zum Kochen von Speisen im Dampf und Wassebad (La cuisine de Becker), par HENNEBERG (Brochure in-8°, de 47 p. *Berlin*, 1884).

La cuisine de Becker a été l'un des objet les plus remarqués de l'exposition d'hygiène de Berlin : la facilité de son fonctionnement, la bonne qualité des mets préparés sous les yeux du public par des soldats du régiment des chemins de fer, l'économie réalisée ont frappé tous les visiteurs. Son introduction dans un certain nombre de corps de troupe prussiens et les résultats obtenus donnent encore plus d'importance à cet ingéneux appareil.

Il s'agit au fond d'un simple bain-marie ; la masse d'eau qui environne les marmites est chauffée à la vapeur. Le réservoir en tôle qui contient l'eau et qui a la forme extérieure d'un fourneau ordinaire est à double paroi, dont l'intervalle est rempli de matières mauvaises conductrices de la chaleur. En somme, une marmite norvégienne perfectionnée. (Des essais du même genre ont été faits en France, il y a une dizaine d'années à la caserne de Latour-Maubourg ; mais par une singularité qui fut mal accueillie, la vapeur, au lieu de chauffer l'eau, était projetée directement dans la marmite).

Le second point intéressant de la cuisine de Becker est celui-ci. Au lieu de cuire ensemble la viande et les légumes à une température uniforme de 100°, ces aliments sont exposés à la température convenable pour produire leur cuisson : la viande à 70°, les légumes à 100° et au delà. De cette façon les aliments conservent toute leur sapidité et se digèrent plus facilement. On ne les réunit qu'au moment de servir, sur le même plat ou la même assiette ; ce procédé est, nous dit-on, celui des grands restaurants français. Le chauffage à la vapeur permet de régler très exactement le degré de température nécessaire.

Sans entrer dans les détails de la construction, nous répétons que la manipulation est des plus faciles : afin de rendre ce fait plus évident, l'on changeait chaque jour les soldats qui préparaient la cuisine. Les économies réalisées par ce système proviennent surtout de l'économie de combustible : un bataillon d'infanterie brûle en moins 4 à 500 quintaux de houille.

Tout à côté de cette cuisine fixe, figurait une voiture-cuisine construite d'après les mêmes principes et destinée à une compagnie de 250 hommes. Tandis que la première produisait une impression favorable, la voiture-cuisine était universellement considérée comme trop compliquée, trop difficile à utiliser et enfin trop coûteuse. C. Z.

REVUE GÉNÉRALE.

LA PNEUMONIE EST-ELLE UNE MALADIE INFECTIEUSE ?

Par H. BARTH.

Consulter dans la *Revue* les articles suivants :

Hallopeau, *La Doctrine de la fièvre pneumonique* (*Revue générale*) *XII*, p. 730 ; — Willich, *XIV*, 573 ; — Weil, *XVI*, 531 ; — Leyden, *XVI*, 531 ; — Eberth, *XX*, 531 ; — Firket, *XX*, 528 ; — Butry, *XX*, 523 ; — Costello, *XX*, 523 ; — Daly, *XX*, 533 ; — Glaser, *XX*, 526 ; — Koehnhorn, *XX*, 523 ; — Nauwerk, *XX*, p. 529 ; — Sanders, *XX*, 521 ; — Von Holwede et Muennick, *XX*, 522 ; — Friedländer, *XX*, 532 ; — Demmler, *XXI*, 129.

Consulter, en outre, les travaux suivants :

Die contagiöse Pneumonie, par **Kühn** (*Deustches Archiv für klin. Med.*, *Band XXI*, *p.* 348, 1878). — Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie endemischer Pneumonien, par **le même** (*Berl. klin. Wochenschr.*, *n°* 37, 1879). — Contributo allo studio della pneumonitida infezione, par **Banti** (*Sperimentale*, *juillet* 1879). — Einige Mittheilungen ueber die in der medicinischen Klinik in Göttingen beobachtete Pneumonien, par **Feldhausen** (*Inaugural Dissertation*, 1879). — Zur Aetiologie der crouposen Pneumonie, par **Moellmann** (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1879). — Erysipèle de la face, du pharynx, des bronches et du poumon, par **Straus** (*Union méd.*, *octobre* 1880). — Zur Kenntniss der mycotischen Processe, par **Eberth** (*Archiv für klin. Med.*, *Band XXVIII*, *p.* 1, 1881). — Uber infectiose Pneumonie, par **Kerschensteiner** (*Aerztl. Intellig. Bl. für München*, *XXVIII*, *p.* 215, 1881). — Zur Methode der Untersuchungen pathogener Organismen, par **R. Koch** (*Mittheil. aus dem K. Gesundheits-Amt*, *I*, 1, 1881). — Die Uebertragbarkeit endemischer Pneumonien bei Kaninchen, par **Kühn** (*Berl. klin. Wochenschr.*, *p.* 545 1881). — Pneumoni i Jevnakers Prosteyjaeld i Aaret 1879, par **Löberg** (*Norsk Magazin for Laegevid*, *t.* X, 1881). — Pneumonia crouposa epidemica par **Penkert** (*Berl. klin. Wochenschr.*, *p.* 577 *et* 595, 1881). — Contagious pneumonia, par **Jelley** (*The Lancet*, 24 *décembre* 1881). — Epidemic croupous pneumonia, par **Wyman** (*Boston med. and surg. Journal*, 15 *décembre* 1881). — Ueber die Schyzomyceten der Pneumonie, par **Friedländer** (*Archiv für path. Anat. und Physiologie*, 1882).

— Contagious Pneumonia, par **Patchet** (*The Lancet*, 15 *février* 1882). — Considérations sur l'étiologie de la pneumonie lobaire aiguë, par **Alison** (*Archives gén. de méd., septembre-octobre* 1883). — Beitrag zur Lehre von der Pneumonia biliosa, par **Bettelheim** (*Deutsch. Arch. f. kl. Med., Band XXXIII, p.* 591, 1883). — Die Mikrokokken der Pneumonie, par **Friedländer** (*Fortschr. der Medicin, novembre* 1883). — On the Pathogenesis of Pneumonia, par **G. Giles** (*Americ. med. Journal, p.* 10, *juillet* 1882). — Sur l'étiologie de la pneumonie croupale, par **Griffini et Cambria** (*Arch. ital. de Biolog., mai* 1883). Croupöse Pneumonie, par **Jürgensen** et **Scheef** (*Tübingen*, 1883). — Pneumonies infectieuses par émanations d'égouts, par **Le Gendre** (*Union médicale*, 8 *février* 1883). — Die Mikrokokken der cerebro-spinalen Meningitis, par **Leyden** (*Centralbl. für klin. Med.* n° 10, 1883). — Ueber Pneumonie-Kokken, par **Matray** (*Wiener med. Presse*, n° 23, 1883). — Die infectiöse Natur der Pneumonie, par **Mendelsohn** (*Zeitschr. für klin. Med., Band VII, p.* 191, 1883). — Ueber infectiöse Pneumonie, par **Ost** (*Corresp.-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 15, 1883). — Die Aetiologie der croupösen Pneumonie, par **Riesell** (*Vierteljahresschr. für gerichtl. Med. und œffeentl. Sanitätswesen XXXVIII et XXXIX*, 1883). — Le micrococcus et la pathogénie de la pneumonie croupale, par **Salvioli et Zäslein** (*Centralbl. f. med. Wissenschaften*, n° 41, 1883). — Ueber ein epidemisches Auftreten von Pneumonia crouposa, par **Schmid** (*Berl. klin. Wochenschr.*, n° 23, 1883). — Beitrag zur endemischen Pneumonie, par **Senfft** (*Berl. klin. Wochenschr.*, n° 38, *p.* 580). — Zur Pneumonia contagiosa, par **Sidler** (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 19. *p.* 488, 1883). — Note sur le coccus lancéolé de la pneumonie lobaire fibrineuse, par **Talamon** (*Progrès médical*, 22 *décembre* 1883). — Micrococcus dans les crachats pneumoniques, par **Ziehl** (*Centralbl. für med. Wiss.*, n° 25, 1883). — Note sur les micrococci de la pneumonie franche, par **Afanassiew** (*Soc. de Biologie*, 31 *mai* 1884). — De la pneumonie croupale aiguë, étude expérimentale, par **Canali** (*Riv. clin. di Bologna, fasc.* 1, 1884). — Pneumonie-Coccen in der Zwischendeckenfüllung als Ursache einer Pneumonie-Epidemie, par **Emmerich** (*Fortschr. der Med.*, 1er *mars* 1884). — Ueber die isolirte Farbung der Schizomyceten in Schnitt und Trockenpräparat, par **Gram** (*Fortschr. der Med.*, n° 6, 1884). — Die genuine Pneumonie (Rapport au Congrès de médecine interne de Berlin), par **Jürgensen et Fränkel** (*Comptes rendus de la* 3e *session* 1884). — Même sujet, discussion par **Friedländer, Gerhardt, Fräntzel, Rühle, Rosenstein, Bäumler, Edlefsen** (*Ibidem*). — Deux cas de pneumonie typhoïde, par **Hayem** et **Gilbert** (*Arch. gén. de médecine, mars* 1884).— Identité du microcoque pneumonique de l'homme avec celui de la pleuro-pneumonie contagieuse des bêtes a cornes, par **Poels et Nolen** (*Centralbl. für med. Wissensch.*. n° 9, 1884).

La question de la nature de la pneumonie lobaire franche a été fort discutée dans ces dernières années, et le changement profond qui est en train de s'établir dans les idées sur ce point spécial n'est pas un des épisodes les moins curieux du bouleversement que le triomphe des théories microbiennes a opéré en peu de temps dans les doctrines de pathologie générale.

Il y a moins de vingt ans, l'enseignement de l'Ecole de Paris, d'accord avec la tradition, regardait la pneumonie comme une phlegmasie locale engendrée par l'action du froid, et cette doctrine, acceptée partout comme un véritable dogme, ne semblait pas pouvoir rencontrer de con-

tradiction sérieuse. Seuls, quelques cliniciens isolés, comme Marrotte, Hirtz, Parrot, frappés des caractères si particuliers de cette remarquable affection, se demandaient parfois si la vieille école vitaliste de Montpellier n'était pas dans le vrai, quand elle faisait de la pneumonie une maladie générale, une pyrexie avec détermination sur le poumon. Mais c'étaient là des opinions personnelles, sans retentissement dans le public médical.

Les choses ont commencé à changer à partir de l'époque où les découvertes de Pasteur et de ses émules ont renouvelé la conception des maladies infectieuses et démontré la spécificité de bien des affections attribuées jusqu'alors à des causes banales. La pneumonie, avec son début foudroyant, sa marche cyclique, sa crise, tout l'ensemble de ses caractères si éminemment spéciaux, ressemblait trop aux fièvres éruptives, à l'érysipèle, à toutes ces maladies dont l'origine infectieuse s'affirmait chaque jour davantage, pour que les esprits hardis ne fussent pas incités à tenter une assimilation qui semblait s'imposer d'elle-même. Jürgensen, le premier, a osé rompre les liens de la tradition et a formulé nettement la nouvelle théorie en ces termes : « La pneumonie fibrineuse est une maladie générale, non une maladie locale ; l'inflammation pulmonaire n'en est que le symptôme capital, et les phénomènes morbides dans leur ensemble ne sont pas suffisamment expliqués par l'état du poumon ; il faut donc admettre l'existence d'une cause morbide spécifique et classer la pneumonie parmi les maladies infectieuses. »

Cette doctrine audacieuse a d'abord rencontré peu de partisans et a même soulevé un étonnement mêlé de scandale. Les arguments d'ordre théorique sur lesquels elle s'appuyait ont paru avec raison insuffisants. La pneumonie, la maladie de froid par excellence, une maladie infectieuse! Beaucoup de médecins se sont contentés de hausser les épaules. — Cependant on s'est mis de divers côtés à recueillir les faits qui pouvaient servir à confirmer l'opinion de Jürgensen et on n'a pas tardé à s'apercevoir qu'ils étaient nombreux. Dès lors on a pu voir une nouvelle preuve de ce radicalisme scientifique dont nos voisins d'Allemagne sont coutumiers et qui fait qu'ils n'hésitent jamais à réformer une théorie, si ancienne et si accréditée qu'elle puisse être, dès que les faits paraissent y contredire : il s'est fait dans les esprits un revirement subit et la nature infectieuse de la pneumonie, ou tout au moins d'une classe importante de pneumonies, a été admise sans hésitation par la plupart des chefs d'école.

En France, les résistances ont été plus fortes ; beaucoup de médecins tenaient à l'ancienne doctrine de la phlegmasie pulmonaire et plus encore au dogme du refroidissement comme cause essentielle de la pneumonie ; ils repoussaient de toutes leurs forces la doctrine de l'infection, ou s'ils l'admettaient c'était pour des cas exceptionnels, pour des formes morbides étrangères en réalité à la pneumonie vraie. L'importante revue que M. Hallopeau a publiée, ici même, à la fin de l'année 1878, répond à cet état d'esprit et renferme une plaidoirie magistrale pour la tradition de l'Ecole de Paris contre les idées de Montpellier rajeunies par les savants d'outre-Rhin.

Mais depuis cette époque les faits sont allés en se multipliant : non seulement une foule d'observations sont venues témoigner de l'épidémi-

cité et même de la transmissibilité de certaines pneumonies, non seulement les faits cliniques mieux étudiés ont permis de reconnaître que la pneumonie affectait fréquemment les allures d'une maladie générale à déterminations multiples, mais plusieurs travaux dignes d'attention ont affirmé l'existence dans le poumon malade d'un organisme particulier, capable de reproduire la pneumonie par inoculation à divers animaux, et dont l'importance étiologique serait ainsi mise hors de doute.

Ces documents ne sont encore ni assez nombreux, ni assez précis, pour entraîner une conviction unanime : les résultats expérimentaux surtout, par leurs obscurités, par leurs discordances, par leurs lacunes, prêtent à bien des critiques. Cependant, il est impossible de n'en pas tenir compte et de ne pas prendre en très sérieuse considération les preuves, même incomplètes, qui en découlent.

Notre rôle n'est pas de prendre parti dans une question encore litigieuse ; nous devons nous borner à envisager impartialement les faits du procès et à tâcher d'en tirer les enseignements qu'ils renferment, sans chercher à en faire sortir une conclusion définitive qu'ils ne peuvent fournir encore.

I

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a remarqué que la pneumonie pouvait se montrer épidémiquement : sans remonter jusqu'aux pneumonies bilieuses attribuées par Stoll à certaines constitutions médicales, ni même jusqu'aux épidémies citées par Grisolle dans son célèbre traité, nous rappellerons seulement les faits de Bryson, de Herr, de Wynter Blyth, de Hardwiche, de Dahl, que M. Hallopeau a rapportés en détail dans son article. Ces faits, sur lesquels nous ne pouvons insister, offrent déjà un assez grand caractère de précision; mais ils le cèdent en nombre et en importance à la série des observations recueillies dans ces dernières années, depuis que l'attention est éveillée sur ce point.

Une des plus remarquables épidémies pneumoniques qui aient été relatées est celle qui a ravagé la prison de Moring, en Hanovre, pendant les années 1875 et 1876, et dont la relation est due à Kühn. La maladie éclata pendant une époque où l'établissement était encombré ; en peu de temps, elle atteignit 45 individus, dont 16 succombèrent. Elle affectait les caractères de la pneumonie asthénique d'emblée : début sans frisson initial par de vagues prodromes suivis d'ascension brusque de la température, de phénomènes nerveux graves, de tuméfaction de la rate et d'albuminurie. La pneumonie apparaissait le quatrième jour; elle occupait souvent le sommet du poumon et était constamment accompagnée de manifestations pleurétiques intenses; quatre fois il y a eu empyème considérable. Dans un quart des cas on a constaté de la péricardite et une fois même une médiastinite étendue. Cinq fois il y a eu méningite bien caractérisée, et de ces derniers cas, trois se sont terminés par la mort et deux par la démence. La courbe de la température répondait à celle de la pneumonie ordinaire. Sur seize autopsies, on a trouvé quatre fois de la méningite, dix fois de la péricardite, douze fois une tuméfaction aiguë de la rate, presque toujours une augmentation de volume des follicules de l'intestin ; enfin, constamment une néphrite parenchymateuse

aiguë. — L'épidémie s'est manifestée de nouveau, avec les mêmes caractères, pendant les années 1877 et 1878 ; les mêmes complications ont été observées et la mortalité a été de 14 0/0. L'auteur a remarqué que cette maladie, à caractère éminemment infectieux, frappait de préférence les individus entrés en prison depuis moins de six mois et non acclimatés par conséquent.

Le caractère typhoïde, si manifeste dans cette épidémie, est encore plus frappant dans celle que Banti a observée à Florence pendant l'hiver de 1878. La maladie débutait par des prodromes, tels que fièvre, céphalalgie, lassitude et malaise général, souvent diarrhée durant plusieurs jours ; puis la température s'élevait graduellement, le malade commençait à expectorer des crachats d'abord liquides, fortement teintés de sang, puis rouillés et enfin muco-purulents ; en même temps, on constatait les signes physiques d'une induration lobaire, souvent très limitée, parfois migratrice ; il n'y avait ni point de côté, ni dyspnée, mais le malade tombait peu à peu dans un état typhoïde de plus en plus marqué. La durée de la maladie atteignait douze ou quatorze jours ; la défervescence se faisait non par chute brusque, mais par *lysis*. La mortalité était notable, et à l'autopsie on trouvait, indépendamment des lésions pulmonaires, une dégénérescence graisseuse du cœur, une tuméfaction avec ramollissement de la rate, une altération cireuse des muscles de l'abdomen ; rien dans l'intestin. L'examen microscopique du poumon hépatisé montrait qu'on avait bien affaire à une pneumonie fibrineuse. — L'auteur croit avoir remarqué un lien entre cette épidémie et celle de fièvre typhoïde qui a exercé ses ravages à Florence pendant la même période.

On peut rapprocher des observations de Banti celles que Löberg a fait connaître au sujet d'une épidémie qui a sévi en 1879 sur une commune de Norvège. Dans le courant de l'année, sur 6,000 habitants, il y a eu 63 cas, dont 46 pendant les cinq premiers mois. Douze de ces faits se sont concentrés dans une zone de deux kilomètres d'étendue, habitée par 200 personnes seulement ; ailleurs aussi on a pu distinguer des groupes et la maladie s'est localisée dans certaines maisons, où elle a fait plusieurs victimes. La marche et les symptômes ont présenté certaines particularités : la maladie, en général, ne débutait pas par un grand frisson, mais par des frissonnements, ou bien il y avait pendant quelque temps des symptômes purement catarrhaux et le frisson ne se montrait que le troisième ou le quatrième jour. La maladie avait un caractère typhoïde très marqué, mais la diarrhée, la tuméfaction de la rate et les taches rosées ont manqué constamment. La résolution marchait avec beaucoup de lenteur. Il y a eu plusieurs fois de l'ictère, sans pigment biliaire dans l'urine (ictère hémaphéique). La mortalité a été de 24 0/0. D'après l'auteur, il est impossible d'attribuer cette épidémie à l'action du froid et on a eu certainement affaire à une maladie infectieuse.

Cette dernière remarque s'applique avec la même force à l'épidémie observée par Kerschensteiner au pénitencier d'Amberg (haut Palatinat) et qui, du 1er janvier au 28 mai 1880 a frappé 161 prisonniers, avec une mortalité de 28,5 0/0. Cette épidémie ne pouvait s'expliquer par le refroidissement. Les ingénieuses recherches d'Emmerich, que nous

citons plus loin, tendent à démontrer qu'elle avait pour cause directe un germe infectieux déposé dans les planchers des dortoirs.

Le caractère asthénique de la pneumonie, si marqué dans toutes ces épidémies, ne l'est pas moins dans celles que Butry a observée à Becherbach, en 1880. Dans ce village, fort de 460 habitants, il y a eu, en quelques semaines, 20 cas de pneumonie, dont 9 avec terminaison fatale. Les symptômes étaient ceux de la pneumonie asthénique : rarement grand frisson initial, mais plutôt frissonnements légers et répétés, sécheresse extrême de la langue et prostration des forces ; dans 5 cas ictère prononcé et chez beaucoup de malades symptômes cérébraux graves. Le refroidissement était tout à fait hors de cause. La maladie a frappé un nombre restreint de familles et, d'après la marche de l'épidémie, la transmission d'un malade à l'autre semble peu douteuse.

Plus frappant encore est le fait signalé, en 1881, par Costello, médecin de l'armée anglaise des Indes. Le premier régiment d'infanterie du Pendjab, en changeant de garnison, eut à traverser un district infesté par une épidémie de peste bovine. A peine arrivé à sa destination, il fut décimé par une épidémie de pneumonie qui, en moins de quinze jours, emporta 30 ou 40 hommes. Cette épidémie sévissait presque exclusivement sur deux compagnies et quand elle atteignait des hommes mariés, logeant avec leurs familles, elle se manifestait successivement sur les différents membres de celles-ci. A l'hôpital, plusieurs voisins de lit furent atteints ; quelques infirmiers et un aide-médecin eurent le même sort. Le début était foudroyant, caractérisé par une douleur très vive dans la région mammaire, avec prostration des forces ; les deux poumons étaient rapidement envahis, la langue devenait sèche et fuligineuse, les crachats prenaient l'aspect gangréneux et le malade succombait dans un état typhoïde. A l'autopsie on trouvait le parenchyme pulmonaire en désintégration purulente, avec des noyaux gangréneux et de nombreux abcès ; la plèvre contenait en petite quantité un exsudat séro-fibrineux ou sanguinolent. — Chose remarquable, le 5e régiment du Pendjab qui avait permuté avec le précédent et traversé, par conséquent, les mêmes districts, fut également atteint d'une épidémie toute semblable, qui lui causa des pertes encore plus sérieuses. Dans les deux cas, l'isolement des malades et le campement en plein air firent disparaître promptement la maladie.

L'épidémie de Riethnordhausen, relatée en 1881 par Penkert, est particulièrement intéressante à cause du soin avec lequel elle a été observée. Dans un village de 700 âmes, il s'est produit, du 28 mars au 28 mai, 42 cas de pneumonie franche, presque tous chez des enfants. Les 16 premiers cas, survenus à peu près simultanément, comprenaient 12 écoliers et 4 de leurs frères ou sœurs en bas âge ; puis la maladie se communiqua aux parents, et dans quelques cas elle parut se transmettre par des intermédiaires restés eux-mêmes indemnes. La période d'incubation a duré de 5 à 8 jours ; la pneumonie, très franche d'aspect, est restée dans 31 cas limitée à un des lobes inférieurs ; 18 fois on a observé de l'herpès labial au décours de l'affection. Il n'y a eu que 2 décès. Le foyer d'infection avait probablement son origine dans le cimetière du village, placé au nord-est de l'école, non loin d'une mare dont l'eau s'infiltrait avec facilité dans les fosses. Le vent de nord-est qui régnait

un peu avant le début de l'épidémie poussait les émanations directement vers la maison d'école.

Une autre observation de Penkert mérite aussi d'être signalée : pendant que sévissait l'épidémie de Riethnordhausen, cinq cas de pneumonie franche se déclarèrent simultanément dans une ferme située à quelques kilomètres de distance : l'auteur crut d'abord à une importation, mais il n'y avait eu aucun rapport entre cette ferme et le village contaminé ; il fallait donc chercher une autre cause. Or les cinq maisons d'ouvriers agricoles dans lesquelles des cas s'étaient produits *donnaient toutes* directement sur un énorme tas de fumier végétal, de feuilles de betterave décomposées, qu'on avait commencé depuis quelques jours à remuer et à arroser de purin.

Von Holwede et Muennick ont observé à Ober-Sikle une épidémie de village qui a atteint 15 enfants au-dessous de 5 ans, sur 50 seulement que contenait cette localité forte de 400 habitants. L'influence du refroidissement ne pouvait être mise en cause, car depuis trois semaines les enfants étaient consignés dans les maisons à cause du mauvais temps.

Plus récemment, Jürgensen et Scheef ont donné la relation d'une épidémie qui a sévi, en 1881, à Lustnau, village de 1,600 habitants, situé aux environs de Tubingue. Dans l'espace de cinq mois 44 cas se produisirent, qui donnèrent une mortalité de 23 0/0.

En mai et juin 1882, Schmid a vu se produire 17 cas de pneumonie à Zang, petit village de 550 habitants dans les Alpes souabes. De ces 17 cas, 6 ont éclaté dans une même maison, habitée par une seule famille très pauvre, composée de 8 personnes, qui couchaient au-dessus d'une écurie mal close. Il a été impossible de spécifier l'origine première de l'épidémie, mais tous les cas semblaient avoir un lien entre eux et la durée de l'incubation a paru être, comme dans les faits de Penkert, de 5 à 8 jours.

Nous devons à Senfft la relation d'une épidémie qui a eu pour théâtre le village d'Erbenheim, localité salubre de 1,500 habitants. Du 2 au 24 novembre 1882, il s'est produit 59 cas, atteignant surtout les enfants au-dessous de 10 ans. Dans la plupart des cas la maladie a offert le tableau clinique de la pneumonie franche avec complication de pleurésie sèche. La durée moyenne de la maladie a été de 11 jours; presque tous les adultes ont accusé au début des douleurs dans les jointures ou dans la continuité des membres. Le type fébrile présentait des rémittences matinales. Il y a eu de la diarrhée profuse dans un quart des cas ; on n'a jamais constaté de tuméfaction de la rate. La mortalité a été de 8 1/2 0/0 environ ; sur les 5 décès, 2 ont été causés par une méningite, 3 par une pneumonie double. — Il est à remarquer que certaines rues du village ont seules été atteintes, et dans ces rues des maisons contiguës les unes aux autres ou habitées par des personnes qui avaient des rapports fréquents avec les malades. 10 familles ont eu chacune 2 cas, et 6 familles chacune 3 cas. D'après Senfft cette épidémie semblait bien être de nature contagieuse et infectieuse. Quelques semaines plus tard, la pression barométrique s'étant élevée et le vent ayant changé, les cas de pneumonie cessèrent, et il se déclara une épidémie de grippe, accompagnée de tuméfaction de la rate et de broncho-pneumonie.

Enfin Alison, dans un très intéressant mémoire où il a condensé les

résultats de sa pratique pendant plusieurs années, a montré que la pneumonie lobaire aiguë avait une fréquence plus grande à la campagne qu'à la ville, qu'elle se produisait souvent par petits groupes dans une même localité, qu'elle était très souvent associée à diverses affections catarrhales d'allure épidémique. Des deux épidémies principales relatées par Alison, la première, celle de Hablainville, a duré de la fin de janvier à la fin de juin ; pendant ce temps, sur 480 habitants, il y a eu 32 cas de pneumonie lobaire caractérisée au début par des phénomènes bilieux très accentués, bientôt suivis de symptômes typhoïdes ; ces 32 cas ont donné 15 décès. Mais en même temps et très probablement sous l'influence du même facteur étiologique, il y avait de nombreuses fièvres catarrhales avec manifestations sur le larynx et les bronches. Cette épidémie ne se répandit pas également dans tout le village : certaines maisons furent plus particulièrement atteintes et comptèrent 2, 3, 4 malades ou plus ; or presque toutes ces maisons où la maladie s'est montrée par groupes, étaient situées dans le voisinage de fosses à purin ou d'autres foyers d'émanations malsaines. — A Xermamont, petit hameau de 180 habitants seulement, l'épidémie dura du 27 janvier au 8 avril ; elle revêtit exactement les mêmes caractères que celle de Hablainville et détermina 18 cas de pneumonie lobaire, sur lesquels il y eut 8 décès ; il y eut en outre 16 bronchites avec état bilieux et 4 bronchites capillaires. Là, comme à Hablainville, on a pu invoquer comme cause de la maladie l'existence de foyers putrides particulièrement développés à ce moment.

De tels faits considérés au point de vue de l'étiologie ont une grande valeur : ils ne sauraient s'expliquer exclusivement par la théorie ancienne des conditions météorologiques. Les épidémies de maison, signalées en grand nombre depuis quelque temps, ont peut-être encore plus d'importance, car elles imposent plus nettement l'idée d'un contagium fixe, inhérent à certaines localités et frappant successivement tout ce qui s'expose à ses atteintes.

Nous ne pouvons relater en détail tous les faits de ce genre ; nous nous bornerons à citer l'observation suivante, due à Daly. Un enfant est pris d'une pneumonie franche, qui débute par un frisson, suit son cours habituel et se termine par défervescence au huitième jour. Deux jours après, deux de ses frères sont pris à leur tour de la même façon d'une pneumonie lobaire grave, qui néanmoins guérit. Le quatrième jour de leur maladie, leur mère occupée à les soigner, et un plus jeune frère qui n'avait pas quitté la maison, sont pris en même temps; l'enfant guérit, mais la mère succombe le cinquième jour. Le lendemain de la mort de celle-ci, la grand'mère, qui avait fermé les yeux à sa fille, est prise d'un frisson violent et d'une pneumonie double qui l'enlève également le cinquième jour. Seuls, le père de famille, les trois domestiques, qui n'entraient pas dans l'appartement des malades et un cinquième enfant qu'on avait tenu à l'écart furent épargnés.

Cette série de six cas pneumoniques dans la même famille est vraiment remarquable ; elle rappelle d'une façon frappante les séries analogues observées par Wynter Blyth et par Hardwiche, et rapportées en détail par M. Hallopeau dans l'article déjà cité. Il faut ranger dans le même dossier les observations de Feldhausen, qui a vu à Gœttingue 25 cas de pneumonie se concentrer dans un petit nombre de demeures ;

celles de Mœllmann qui a pu suivre dans le village de Simmern plusieurs petites épidémies de maison, pendant lesquelles les malades se sont succédé presque coup sur coup, dans les mêmes familles ; celles de Bielenski relatives à un fait dans lequel sur dix habitants d'une maison, neuf furent pris de pneumonie en l'espace de deux semaines; enfin, celles de Patchet, qui a vu, en quinze jours de temps, toute une famille, composée de quatre frères et une sœur, succomber successivement aux atteintes de la même maladie.

Tous ces faits, et d'autres encore que nous pourrions citer, sont trop complets et trop précis pour qu'il soit permis de les mettre sur le compte du hasard ou de simples coïncidences : les maladies infectieuses sont les seules qu'on voie redoubler ainsi leurs coups et atteindre en même temps ou à peu d'intervalle presque tous les habitants d'une maison, sans distinction d'âge ni de sexe. Aussi les détracteurs les plus acharnés de la doctrine de Jürgensen se sont-ils vus obligés d'abandonner au moins en partie leurs positions, et de concéder que certaines pneumonies pouvaient présenter un caractère spécifique et infectieux.

II

En dehors de l'épidémicité, aujourd'hui bien démontrée, de certaines pneumonies, il est d'autres arguments, tirés des faits cliniques et anatomiques, qui plaident non moins puissamment en faveur de la doctrine de l'infectiosité.

Si on prend la peine de parcourir les observations et les statistiques relatives à la pneumonie, il est impossible de ne pas être frappé de l'importance que prennent dans beaucoup de cas les phénomènes généraux et fonctionnels, ainsi que de la fréquence des complications ou pour mieux dire des localisations sur différents organes.

Les phénomènes généraux, dans les cas les plus accentués, rappellent ceux des toxhémies : accidents nerveux graves, ataxo-adynamie, tuméfaction de la rate, albuminurie, ictère et quelquefois hémorragies diverses, diarrhée, affaiblissement de l'action du cœur. Ce sont les pneumonies caractérisées par cet ensemble de symptômes que Leichtenstein a cru devoir désigner sous le nom de pneumonies asthéniques.

Les complications ordinaires sont la pleurésie (souvent purulente), la péricardite, l'endocardite, qui affecte la forme végétante, la néphrite aiguë, et surtout la méningite, dont la fréquence et l'intensité ont frappé tous les observateurs.

Il faudrait un volume pour citer tous les faits de ce genre épars dans la science ; c'est principalement dans les épidémies pneumoniques qu'on les a observés : nous avons vu plus haut que dans l'épidémie de Moring les phénomènes généraux ont été prédominants et les complications très fréquentes, puisqu'il y a eu quatre cas d'empyème, cinq cas de méningite dont trois mortels, dix cas de péricardite, etc.; que dans l'épidémie de Florence on a noté des symptômes typhoïdes, de la diarrhée, de la tuméfaction de la rate, un affaiblissement rapide du muscle cardiaque ; que Butry à Becherbach a signalé la sécheresse de la langue, des phénomènes cérébraux graves, de l'ictère souvent intense ; que Senfft à Erbenheim a également noté de la diarrhée profuse, des méningites, etc.

Les cas isolés présentent assez souvent le même caractère : sans remonter jusqu'aux observations anciennes, qu'on trouvera signalées dans la revue de M. Hallopeau, nous citerons seulement le fait de Leyden, où une endocardite ulcéreuse latente accompagnait la pneumonie et ne fut découverte qu'à l'autopsie du malade, celui de Willich, qui a vu les symptômes méningitiques précéder le début de la phlegmasie pulmonaire, ceux d'Eberth qui relate plusieurs cas de méningite compliquant la pneumonie, de Firket qui signale trois cas de pneumonie franche, accompagnés de méningite latente et de pleurésie (sans préjudice, dans un cas, d'une endocardite aiguë), ceux de H. Barth, de Colomiatti, de Bozzolo, qui ont observé chacun un cas de pneumonie lobaire asthénique, accompagnée d'endocardite végétante et de suffusion purulente des méninges.

Tout récemment enfin (mars 1884), le professeur Hayem a fait connaître deux cas de pneumonie qui ont débuté à la façon d'une fièvre typhoïde, par des phénomènes céphaliques, des épistaxis, de la diarrhée. La marche de la température a été irrégulière; le sang examiné au microscope offrait les caractères propres aux pyrexies. Les malades ont succombé dans le collapsus; à l'autopsie les lésions pulmonaires ont paru relativement peu considérables et on a constaté les altérations du myocarde, des reins et de la rate qui signalent d'ordinaire les maladies infectieuses.

L'interprétation de ces pneumonies malignes, du temps où la doctrine du refroidissement régnait seule, n'a pas médiocrement embarrassé les médecins. On parvenait à s'expliquer les phénomènes généraux graves en invoquant la débilitation accidentelle des malades ; on tâchait de considérer les pleurésies et les péricardites comme des inflammations de voisinage; mais comment justifier l'apparition de la méningite? Dans les cas où cette complication ne se montrait que tardivement, après la désintégration purulente du poumon hépatisé, on avait la ressource d'accuser la résorption du pus par les vaisseaux pulmonaires, malgré le peu de ressemblance des phénomènes cliniques et anatomiques avec ceux de la pyohémie. Quand il s'agissait, comme il arrive assez souvent, de méningites développées au début même de la pneumonie, on en était réduit à invoquer l'hyperémie réflexe, c'est-à-dire à confesser son ignorance.

Tous ces faits deviennent au contraire d'une singulière clarté si l'on admet que les pneumonies dites asthéniques sont en réalité de nature infectieuse, dues à la pénétration d'un agent morbide qui se reproduit dans l'organisme. Avec cette hypothèse, les phénomènes généraux graves, les symptômes ataxo-adynamiques, la tuméfaction de la rate, l'albuminurie, n'ont plus rien qui doive nous surprendre : n'existent-ils point dans toutes les maladies infectieuses? Quant aux pleurésies, aux méningites, aux néphrites aiguës qui accompagnent ou suivent la phlegmasie pulmonaire, elles ne sont plus que des manifestations accidentelles d'un processus qui implique d'emblée l'organisme tout entier, à la façon de la fièvre typhoïde, et dont la phlegmasie pulmonaire elle-même n'est que la localisation principale.

Cette théorie ne laisse pas d'être séduisante : elle a le mérite de rendre très aisément compte d'une quantité de faits qui étaient auparavant inexplicables; elle est en outre confirmée jusqu'à un certain point

par les résultats des recherches d'Eberth, de Koch, de Nauwerk, de Leyden, de Marchiafava, de Colomiatti, de Bozzolo qui tous, comme nous le verrons plus loin, ont constaté des micro-organismes, non seulement dans le poumon hépatisé, mais dans le pus des méninges, dans les exsudats de la plèvre et du péricarde, dans les végétations endocardiques ou même dans les capillaires des reins. Aussi a-t-elle rallié la plupart des pathologistes et la nature infectieuse des pneumonies asthéniques est-elle aujourd'hui presque universellement admise.

III

Dès l'époque où la théorie de l'origine infectieuse de la pneumonie a commencé à se faire jour, on s'est trouvé tout naturellement amené à se demander si cette maladie ne serait pas due à l'action d'un microbe spécial et de divers côtés les plus grands efforts ont été faits pour le découvrir. Ces efforts ne sont pas restés infructueux, et leurs résultats, s'ils n'ont pas encore toute la netteté désirable, ont cependant jeté un certain jour sur la question.

C'est en 1877 que Klebs a, le premier, signalé un micro-organisme spécial comme cause de la pneumonie franche. Ce microbe, auquel il donnait le nom de *monas pulmonale*, se trouvait, disait-il, dans le contenu des bronches du poumon hépatisé; il se retrouvait également dans la sérosité des ventricules cérébraux chez les pneumoniques, preuve qu'il s'agissait bien d'un élément infectieux. Le monas pulmonale eut peu de succès, et il n'en méritait guère, car bientôt son inventeur se vit contraint d'avouer qu'il l'avait trouvé avec les mêmes caractères dans la salive de plusieurs individus sains.

Eberth, en 1881, a remis la question sur le tapis en publiant un cas de pneumonie compliquée de méningite, à l'autopsie duquel il avait découvert dans les méninges une quantité considérable de corpuscules arrondis ou ovalaires, tantôt isolés, plus souvent réunis deux à deux : ces diplocoques, animés de mouvements actifs, siégeaient dans les espaces sous-arachnoïdiens, surtout aux points d'entrée des vaisseaux dans la substance cérébrale. Les mêmes diplocoques se retrouvaient dans les poumons et plus abondants encore dans la plèvre et les petites veines pulmonaires. Eberth concluait de cette observation que la méningite n'était pas à proprement parler une complication de la pneumonie, que c'était un des éléments mêmes du processus morbide, et que ce processus était le résultat de la pénétration d'un agent infectieux dans l'organisme. Malheureusement pour la spécificité de ce microbe, Eberth le retrouvait bientôt après avec les mêmes caractères dans une foule de maladies diverses : dans le pus d'une médiastinite compliquant une pleurésie, dans un foyer de gastrite phlegmoneuse, chez un individu atteint de pseudo-rhumatisme avec suppurations articulaires multiples, dans le pus d'un abcès rétro-pharyngien, dans plusieurs cas d'ostéo-myélite maligne avec néphrite suppurée, etc.

Cependant, presque en même temps, Koch faisait connaître une observation dans laquelle, ayant examiné les poumons d'un individu mort de pneumonie, il avait trouvé, dans les alvéoles situés à la limite de la

partie hépatisée des microbes très analogues pour l'aspect à ceux de l'érysipèle. Dans les reins (seul autre organe examiné) on en trouvait aussi quelques-uns, ayant leur siège dans les vaisseaux, offrant une forme nettement ovale et figurant çà et là de petites chaînettes.

Une description plus complète et plus précise du microbe de la pneumonie fut tentée par Friedländer, en 1882. Sur huit cas de pneumonie, il déclara avoir trouvé constamment des micro-organismes, aussi bien dans les exsudats fibrineux des bronches que dans des sections du tissu pulmonaire hépatisé et de la plèvre. C'étaient des *cocci* ellipsoïdes, de 1 μ environ de long sur 2/3 de large, habituellement unis deux à deux, mais pouvant aussi former des chaînettes par juxtaposition de plusieurs couples. Ils étaient formés d'une substance homogène et fixaient les couleurs d'aniline. On les trouvait disséminés les uns à côté des autres dans les coagula bronchiques, mais ils n'affectaient jamais la forme de colonies. Dans les exsudats intra-alvéolaires de l'hépatisation rouge ils existaient en masses incroyables. Dans l'intérieur des cellules, l'auteur ne les a jamais constatés chez l'adulte, mais une fois chez le nouveau-né. Il les a cherchés en vain dans les parois alvéolaires, dans celles des bronches et des vaisseaux, mais il les a trouvés en masses dans les voies lymphatiques du tissu interlobulaire qui en étaient absolument bourrées, aussi bien que les espaces lymphatiques voisins. Cette dernière découverte, jointe à l'existence du micro-organisme dans le tissu des couches pseudo-membraneuses de la plèvre offrait aux yeux de Friedländer une haute importance, car elle semblait démontrer la possibilité de l'introduction et de la circulation du parasite dans le torrent sanguin.

Le travail de Friedländer fut accueilli avec une grande faveur, et des observations confirmatives furent bientôt signalées de divers côtés. Werner constata à son tour la présence des microbes elliptiques dans le liquide recueilli sur la surface de section d'un poumon hépatisé. Leyden pratiqua une ponction avec la seringue de Pravaz chez un malade atteint de pneumonie et parvint à extraire ainsi quelques gouttes de sérosité trouble. Cette sérosité desséchée sur une lame de verre et colorée par le bleu de méthyle, fit voir des microbes ovalaires disposés soit par couples, soit par chaînettes de plusieurs couples, et tantôt libres dans le milieu ambiant, parmi les globules rouges et les cellules lymphatiques, tantôt renfermés dans la couche corticale des grandes cellules épithéliales du poumon.

Mendelsohn, élève de Leyden, reconnut bientôt après la présence des mêmes microcoques dans les crachats pneumoniques ; il crut même pouvoir avancer que leur abondance était en rapport avec la gravité du cas et offrait par conséquent une certaine importance pronostique. De leur côté Ziehl et Matray publièrent également des observations dans lesquelles le microbe elliptique avait pu être constaté dans les crachats.

Mais une note de Friedländer vint enlever beaucoup de leur intérêt à ces recherches : l'observateur berlinois déclarait que les constatations de microbes dans les crachats étaient sans valeur aucune, attendu que le microcoque de la pneumonie ne possédait pas de caractères assez distincts pour qu'il fût possible de le reconnaître à coup sûr, au milieu des nombreux microbes très analogues qui peuvent se développer dans les mucosités bronchiques, trachéales et laryngiennes en dehors de toute

pneumonie. Alors même qu'on serait sûr d'avoir sous les yeux les véritables cocci pneumoniques, leur abondance dans les crachats n'aurait aucune signification, car un crachat peut séjourner longtemps dans l'arbre bronchique avant d'être rejeté, et pendant ce temps les microcoques s'y multiplient à la température du corps avec une extraordinaire rapidité.

Cette rectification, émanée de l'homme même auquel était due la découverte du microbe ellipsoïde, est faite pour donner à réfléchir : elle montre avec quelle réserve et quelle circonspection il faut accueillir les résultats de ces délicates recherches, surtout quand ces résultats n'émanent pas d'hommes d'une compétence absolument éprouvée. Les critiques dirigées contre les travaux de Ziehl et de Matray atteignent encore davantage ceux de Salvioli et de Zäslein. Ces derniers observateurs ont confirmé tous les résultats du premier travail de Friedländer ; ils ont même été plus loin que lui, car après avoir décrit dans les crachats des pneumoniquesdes *cocci* ovoïdes qui se montreraient le deuxième jour, atteindraient leur plus grande abondance du sixième au septième et disparaîtraient ensuite, après avoir ajouté qu'on les trouvait aussi dans la sérosité des vésicatoires et dans le sérum sanguin, ils ont affirmé n'avoir *jamais* rencontré ces microbes chez les individus non atteints de pneumonie. Ces conclusions, on en conviendra, sont trop brillantes et surtout trop simples pour mériter qu'on les prenne fort au sérieux.

Les choses en étaient là quand, au mois de novembre 1883, a paru un nouveau travail de Friedländer qui tout d'abord a semblé devoir résoudre définitivement la question, en fournissant tout à la fois et une preuve péremptoire de l'existence du microbe pneumonique et un moyen facile de le reconnaître. Au congrès de médecine interne de 1882, Günther avait présenté des préparations d'exsudat pneumonique traité par le violet de gentiane, où les microbes ellipsoïdes semblaient entourés d'une sorte d'enveloppe incolore ; au contraire, sur les préparations de Leyden au bleu de méthyle les microcoques apparaissaient beaucoup plus volumineux, mais sans capsule. Cette remarque décida Friedländer à tenter divers procédés de coloration, et il ne tarda pas à reconnaître que le violet de gentiane, employé suivant la méthode de Koch, décelait autour des microbes pneumoniques une sorte de coque, une capsule de mucine, d'aspect tout particulier, et différant absolument de tout ce qu'on avait vu jusqu'alors.

La technique à employer pour démontrer cette capsule est la suivante : après durcissement dans l'alcool du poumon hépatisé, on pratique des coupes minces que l'on colore avec le violet de gentiane en solution dans l'eau d'aniline ; on les plonge ensuite dans l'eau iodée et on les éclaircit par l'alcool absolu et l'essence de girofle; enfin on les monte dans le baume du Canada. Si on examine une préparation ainsi disposée, on distingue aisément autour de chaque microbe fortement coloré en bleu une sorte de coque ellipsoïde, pâle et transparente qui se moule sur lui et répète sa forme avec un diamètre trois ou quatre fois plus grand ; le plus souvent chaque diplocoque a sa capsule particulière, mais quelquefois deux ou plusieurs microbes sont contenus dans la même coque; ils sont alors disposés en chaînette rectiligne et la capsule présente la forme d'un cylindre à extrémités arrondies. Parfois on rencontre des co-

ques vides, au centre desquelles un ou plusieurs points très clairs indiquent le siège occupé auparavant par les microbes. Ces singulières capsules sont solubles dans l'eau et dans les alcalis faibles, insolubles dans les acides ; elles sont probablement formées de mucine.

Les microbes capsulés existent, selon Friedländer, non seulement dans l'exsudat pneumonique, mais aussi dans le liquide des épanchements pleurétiques ou péricardiques qui accompagnent si souvent la pneumonie ; les expériences de Gram, sur lesquelles nous reviendrons plus loin, ont montré qu'ils existent aussi dans le sang. Pour les trouver facilement, il importe de choisir un cas de pneumonie peu avancée, car après le sixième jour les capsules disparaissent presque entièrement et même avant cette date elles sont loin d'être constantes. Le mode de préparation indiqué plus haut est le seul qui permette de bien voir les coques : avec le bleu de méthyle et le brun de Bismarck on obtient une coloration en masse qui ne permet plus de les distinguer du microbe qu'elles renferment ; au contraire quand on s'est servi du violet de gentiane, l'alcool décolore la capsule plus rapidement que le microbe et permet ainsi d'obtenir des préparations démonstratives.

Friedländer, dans son travail, semble admettre que la capsule est tout à fait spéciale au microcoque pneumonique (nous verrons plus loin qu'il y a des restrictions à faire) ; il signale en même temps un autre caractère distinctif de ce même microbe : c'est la culture en clou (*Nagelcultur*). Quand on recueille avec les précautions convenables une petite parcelle d'exsudat pneumonique et qu'on l'ensemence à la façon de Koch sur de la peptone-gélatine, on ne tarde pas à voir se développer une petite masse blanchâtre qui grandit rapidement et s'élève au-dessus de la surface du terrain de culture, sous forme d'un petit dôme hémisphérique, du volume d'une lentille ; en même temps une traînée de granulations blanchâtres s'enfonce verticalement dans la gélatine jusqu'à une assez grande profondeur. C'est le produit de culture ainsi formé que Friedländer a très heureusement comparé à un clou. Ensemencé de nouveau, il reproduit la même forme de génération en génération. Vient-on à examiner, par le procédé décrit plus haut, la substance blanchâtre qui le constitue, on la trouve exclusivement formée de diplocoques ellipsoïdes ; ceux-ci sont dépourvus de capsule, mais si on les inocule à une souris, elle meurt rapidement, et on trouve son sang et tous ses organes fourmillant de microbes capsulés.

Si nous avons tenu à reproduire en détail le résumé des recherches de Friedländer, c'est parce que son travail est encore à l'heure actuelle le document le plus important que nous possédions sur le microbe de la pneumonie. Les résultats paraîtraient concluants s'ils avaient été confirmés par d'autres observateurs dignes de confiance. Malheureusement, la plupart des travaux qui ont paru dans ces derniers temps se signalent par leurs divergences et même par leurs contradictions, de telle sorte qu'il est difficile d'en tirer aucun rapprochement utile.

Talamon, d'après ses recherches personnelles, qui portent sur 25 cas, décrit le coccus pneumonique comme un microbe lancéolé, en grain d'orge, long de 2 μ et large de 1 μ ; cultivé dans le bouillon de Liebig, il atteindrait 3 à 4 μ de long sur 1 1/2 μ de large ; il est isolé ou plus souvent accouplé deux à deux ; rarement on voit des chaînettes de 3 à 4 éléments

dans l'exsudat pneumonique, mais dans les cultures on obtient des séries de 6 à 10 grains et même des amas de zoogloea.

Afanassiew, dont les recherches ont été dirigées par le professeur Cornil, est arrivé à des résultats éclectiques : dans les exsudats pneumoniques traités suivant le procédé de Friedländer il trouve jusqu'à trois variétés différentes de microbes. Nous ne pouvons le suivre dans la description qu'il en donne ; au reste un seul, sur les trois, lui a paru présenter de l'importance : c'est le microbe ellipsoïde, qui rappelle assez celui de Friedländer. Il est vrai que l'auteur n'a pas réussi, dans les préparations de poumon humain, à démontrer la capsule, mais cette lacune peut s'expliquer par les altérations cadavériques, les sujets n'ayant été autopsiés, suivant la coutume française, que 24 ou 30 heures après la mort. La capsule apparaissait nettement du reste dans les exsudats des pleurésies développées par inoculation chez des cobayes et chez des rats. Les cultures dans la peptone-gélatine alcalinisée donnaient assez bien le clou caractéristique, mais avec moins de netteté que ne l'indiquent les figures du travail de Friedländer.

Fränkel, dans un rapport au troisième congrès de médecine interne, lu au mois d'avril dernier, a paru se ranger à l'opinion de Friedländer et reconnaître l'authenticité du microbe capsulé décrit par lui, mais en même temps il a cité des expériences personnelles qui lui ont donné les résultats les plus disparates, et il a insisté sur ce fait que le microbe de la septicémie salivaire, découvert et étudié par Pasteur, pouvait présenter, tout aussi bien que le microcoque de Friedländer, la capsule de mucine et la culture claviforme. D'où, suivant Fränkel, une cause d'erreur difficile à éviter.

Dans sa réponse à Fränkel, Friedländer est en effet convenu que ni la présence des coques, ni la *Nagelcultur* ne suffisaient isolément à caractériser le microbe pneumonique ; il faut toute la série des caractères : apparition des coques, culture claviforme, résultat positif des inoculations sur les animaux. Or, il est certain que dans beaucoup de cas de pneumonie on ne réussit pas à produire cette suite de preuves, mais cela peut tenir à plusieurs causes. D'abord *il peut y avoir différentes espèces de pneumonie* liées à des microbes différents. Ou bien, au moment de l'examen, les micro-organismes peuvent avoir cessé d'exister : c'est ce qui arrive presque toujours chez les sujets morts après le sixième jour de la maladie.

Ces restrictions ont enlevé beaucoup de sa valeur au microbe capsulé ; cependant celui-ci existe certainement, et il est à remarquer qu'il a été retrouvé par tous ceux qui ont consenti à suivre exactement la technique de Friedländer. Ainsi Emmerich est parvenu à tirer ce microcoque spécial du sol des planchers du pénitencier d'Amberg, et, après l'avoir purifié par des cultures, il l'a inoculé avec succès à divers animaux. Gram a obtenu la culture en clou au moyen du sang de pneumonique extrait à l'aide de ventouses scarifiées avec les précautions convenables ; cette culture inoculée à des souris a donné des résultats positifs. Enfin Nauwerk, cité par Jürgensen, aurait réussi à démontrer le coccus ellipsoïde avec sa capsule dans les reins et plus spécialement dans les capillaires rénaux des pneumoniques. — De tels faits balancent utilement les résultats disparates que nous avons passés en revue tout à

l'heure et s'ils sont encore trop peu nombreux pour autoriser une conclusion positive, ils permettent du moins de croire qu'on est dans une bonne voie et d'espérer que la vérité, après tant d'incertitudes, finira bientôt par se faire jour.

IV

Il nous reste à passer en revue la dernière série des preuves invoquées en faveur de la nature infectieuse de la pneumonie : les inoculations expérimentales sur les animaux. Ici encore nous allons nous trouver en face de faits disparates, mal classés, parmi lesquels on a peine à se reconnaître, mais dont on ne peut s'empêcher de tenir compte, parce qu'on y entrevoit d'importantes vérités.

Leyden le premier a tenté sur le cochon d'Inde l'inoculation des crachats pneumoniques délayés dans l'eau : il n'a rien obtenu ; l'inoculation du sang des malades n'a pas été plus efficace.

Kühn (1881) a injecté sous la peau de dix-sept lapins des crachats pneumoniques purs ou délayés avec trois à dix fois leur volume d'eau distillée. Deux des animaux moururent dans les quarante-huit heures avec des phénomènes de collapsus; six autres présentèrent le lendemain de l'inoculation une fièvre continue qui s'est terminée le cinquième ou le sixième jour par défervescence ; en même temps que la fièvre il s'était produit des attaques convulsives, de la parésie des membres inférieurs, de la stupeur. Ces animaux tués entre le sixième et le dixième jour montrèrent de la pleurésie séreuse et adhésive, des hépatisations lobaires et lobulaires. D'autres n'éprouvèrent qu'une fièvre légère. Un autre présenta un abcès phlegmoneux énorme au point inoculé.

Ces résultats ne prouvent rien : des inoculations faites avec des crachats n'offrent aucune garantie scientifique, en raison de l'extrême variété des micro-organismes qui peuvent s'y développer. Il est infiniment probable que les lésions provoquées par Kühn chez ses animaux se rattachaient à une forme de septicémie. Et en effet l'auteur après s'être livré à des expériences de contrôle, a dû reconnaître que l'inoculation de sérosités diverses pouvait produire les mêmes résultats que celles des crachats pneumoniques.

Les expériences de Griffini et de Cambria sont passibles des mêmes objections : en se servant de crachats pneumoniques pour leurs inoculations, ils ne pouvaient obtenir et n'ont obtenu en effet que des lésions de nature septicémique. Mais ils ont eu tort de vouloir tirer de ce fait un argument contre l'existence d'un microbe spécial dans la pneumonie.

Salvioli et Zäslein (1883) sont arrivés à des résultats tout différents et d'une précision faite pour surprendre : après avoir reconnu dans les crachats des pneumoniques, dans la sérosité des vésicatoires et même dans le sérum sanguin un coccus ellipsoïde tout semblable à celui décrit dans le premier travail de Friedländer, ils ont isolé ce microbe par la culture dans le bouillon de Liebig et l'ont injecté à des lapins. Dans *tous* les cas ils ont obtenu soit une pneumonie typique, soit lorsque l'inoculation était faite dans la plèvre, une pleurésie fibrineuse. Aucun autre produit de culture ne leur a donné les mêmes résultats. Un si brillant succès devrait

exciter l'admiration; malheureusement, l'analyse des autres travaux sur la même matière va nous montrer que les choses ne se passent pas aussi simplement et qu'il convient de n'accueillir les conclusions de Salvioli et de Zäslein que sous les plus fortes réserves.

Talamon, dans une série d'expériences très consciencieuses, a tenté d'inoculer le microbe lancéolé découvert par lui dans l'exsudat pneumonique et même dans le sang d'un malade à l'agonie. Ayant réussi, après beaucoup d'efforts infructueux, à obtenir une culture pure de ce microbe dans le bouillon de Liebig, il a pratiqué des inoculations à deux cobayes, un chien et vingt lapins : les deux cobayes et le chien se sont montrés réfractaires; chez les lapins, les inoculations faites sous la peau n'ont rien donné, mais pratiquées directement dans le poumon, elles ont produit dans huit cas des pneumonies fibrineuses, franchement lobaires, accompagnées de pleurésie et de péricardite; dans trois autres cas les poumons étaient sains, mais il existait des inflammations fibrineuses des séreuses : pleurésie, péricardite ou péritonite. Chez tous ces animaux le sang et les exsudats renfermaient des microcoques lancéolés dont la culture a donné un produit tout à fait semblable à celui qui avait servi à faire l'inoculation. Il en était de même chez quatre autres lapins qui ont succombé sans lésion organique appréciable, mais dont le sang fourmillait du même parasite. Dans ces quinze cas, il y a eu hyperthermie aussitôt après l'inoculation et la mort est survenue spontanément vers le quatrième jour, Les seuls animaux qui aient survécu étaient des lapins vigoureux, âgés de plus d'un an, et encore ont-ils eu la fièvre pendant cinq ou six jours, comme l'a prouvé l'observation thermométrique. — Ces résultats sont séduisants et on serait tenté d'en conclure que le microbe lancéolé est véritablement générateur de la pneumonie. Cependant l'auteur, avec une prudence digne d'éloges, a refusé de se prononcer et a même donné à entendre que la question lui paraissait loin d'être résolue.

Friedländer s'est montré plus affirmatif et dans la seconde partie de son mémoire sur le coccus capsulé il a relaté des expériences qui lui paraissent concluantes. Après avoir émulsionné un certain nombre de lous de culture (voir plus haut) dans de l'eau stérilisée, il a injecté directement ce liquide dans les poumons de sept lapins, de cinq chiens, de trente-deux souris et de onze cochons d'Inde. *Les lapins se sont montrés absolument réfractaires.* Il en a été de même pour quatre des chiens, mais en revanche le cinquième a présenté une pneumonie lobaire absolument typique, tout à fait semblable à celle de l'homme, avec exsudat fibrineux recouvrant la plèvre en couche mince, tuméfaction de la rate, etc. Sur les trente-deux souris, trente-une sont mortes en l'espace de dix-huit à vingt-huit heures, la dernière au bout de quarante heures. A l'autopsie on a constaté des lésions tout à fait typiques : liquide rougeâtre et trouble dans les plèvres, poumons vides d'air et parsemés de noyaux d'induration rougeâtre. Dans le liquide pleurétique, aussi bien que dans le sang en circulation, on trouvait des microcoques présentant tous les caractères du microbe pneumonique de l'homme et notamment la capsule. Sur les onze cochons d'Inde en expérience, six sont morts en l'espace de vingt-quatre à soixante heures. Tous présentaient une double pleurésie purulente, de l'œdème pulmonaire et même de l'indu-

ration rouge ou grise. Dans les poumons on ne trouvait que peu de microbes, mais ils se montraient fort nombreux dans le fluide de la cavité pleurale ; chez deux de ces animaux on les a rencontrés également dans le sang. Des expériences d'inhalation ont également réussi : des souris placées dans une cloche de verre ayant été soumises à une pulvérisation du même liquide qui avait servi pour les inoculations, plusieurs d'entre elles moururent, comme les précédentes, avec une dyspnée rapidement croissante et un abaissement progressif de la température. Elles présentaient des pneumonies manifestes ou des pleurésies, dans lesquelles on trouvait le microbe capsulé. — Fait à noter : le microcoque présente de légères variétés, selon l'espèce animale dans laquelle il se développe : chez la souris il est beaucoup plus volumineux que chez l'homme ; chez le cobaye il est plus petit, mais muni d'une capsule extrêmement épaisse ; chez le chien, il est à peu près de la même grosseur que chez l'homme, mais la capsule très mince dépasse à peine en largeur le coccus lui-même. Ces différences n'empêchent pas que tous ces microcoques ensemencés sur la peptone-gélatine ne reproduisent la culture en clou dans sa forme caractéristique. On a le droit d'en conclure avec Friedländer qu'il s'agit bien du même organisme.

Un important travail, celui d'Emmerich (1884), est venu récemment apporter aux conclusions de Friedländer une très sérieuse confirmation. Il ne sera pas superflu de relater avec quelques détails ces intéressantes recherches, qui ont jeté un certain jour sur plusieurs points de la question. A la suite de la violente épidémie pneumonique observée au pénitencier d'Amberg (voir plus haut), Kerschensteiner, persuadé que l'origine de la maladie provenait d'un germe-contage développé sur place, s'était demandé si ce contage ne séjournait pas dans les planchers ; il envoya donc à Emmerich, pour en faire l'examen, des échantillons de la terre formant le remplissage de ces planchers. Ensemencés sur la peptone-gélatine, ces échantillons donnèrent rapidement des proliférations blanchâtres qui, délayées dans l'eau stérilisée et injectées sous la peau à des lapins, des cobayes et des souris, les firent périr en vingt-quatre heures. Dans le sang et les organes des animaux morts, aussi bien que dans la gélatine, on trouvait, avec diverses bactéries septiques, des microbes capsulés dont la signification était alors inconnue. Sur ces entrefaites parut le mémoire de Friedländer, attribuant ces coques au microbe pneumonique et décrivant les caractères de la culture claviforme. Éclairé par la lecture de ce travail, Emmerich ensemença de nouveau des échantillons de la terre suspecte en ayant soin de déposer chaque grain de sable isolément sur la gélatine. Trois jours après, la surface des cultures était parsemée de petites masses cryptogamiques, de forme, de coloration et d'aspect très divers, ayant chacune pour point de départ un des grains de sable ensemencés. Parmi ces amas il y en avait quelques-uns qui présentaient une élevure hémisphérique ou plutôt lenticulaire, sèche et de couleur blanchâtre. Examiné au microscope, ce produit renfermait en grandes masses le diplocoque de Friedländer. Ensemencé à nouveau sur la gélatine il ne tarda pas à donner le *clou* caractéristique et après plusieurs cultures successives les préparations microscopiques qu'on en tira se montrèrent identiques à celles de Friedländer, comme a pu l'attester Frobenius, le collaborateur de ce dernier, auquel elles ont été soumises. — Les

cultures essayées sur la pomme de terre stérilisée ont également réussi.

Pour pratiquer des inoculations, Emmerich a délayé le clou de culture dans quatre centimètres cubes d'eau stérilisée ; les souris et les cochons d'Inde inoculés avec deux à dix gouttes de cette solution ont tous péri en douze à trente heures. A l'autopsie on a constaté des pneumonies lobaires manifestes, des exsudats fibrineux dans les bronches, de la tuméfaction de la rate. Sur sept lapins un seul a succombé, mais sans présenter de lésions organiques appréciables. — Des souris traitées par inhalation avec un pulvérisateur ont été tuées de la même façon et dans tous leurs organes on a trouvé le microbe à coque. Des expériences de contrôle faites avec d'autres microbes pathogènes ont été négatives, en ce sens qu'elles ont bien déterminé des foyers d'infiltration disséminés, mais jamais de pneumonies lobaires vraies.

Les résultats obtenus par Afanassiew concordent également, dans leur ensemble, avec ceux de Friedländer ; en suivant très exactement les procédés indiqués par cet auteur, il est arrivé à extraire de l'exsudat pneumonique un microbe offrant les caractères du microcoque ellipsoïde et donnant sur la peptone-gélatine des cultures claviformes. Ces cultures inoculées à des cobayes, à des rats et à des chiens, ont produit chez tous ces animaux des pneumonies fibrineuses bien caractérisées, presque toujours accompagnées de pleurésie, quelquefois de péricardite et de tuméfaction de la rate. Les cobayes et les rats succombaient en trente-six ou quarante-huit heures ; quant aux chiens après avoir présenté des signes manifestes de phlegmasie pulmonaire (60 respirations à la minute, pouls 144, température 41 degrés, matité tympanique dans un poumon, souffle tubaire) ils se remettaient rapidement et il a fallu sacrifier deux d'entre eux, vers le troisième jour, pour pouvoir constater *de visu* la présence d'une pneumonie lobaire parfaitement caractérisée et en voie de résolution. Dans le sang et dans les exsudats des animaux en expérience on a retrouvé le microbe à capsule, et l'ensemencement a donné de nouveau le clou de culture. C'est donc bien au même microorganisme que l'on avait eu affaire.

Le dernier travail qui nous reste à citer est celui de Fränkel; mais ici, au lieu d'analogies, nous trouvons des divergences si profondes qu'elles vont jusqu'à l'absolue contradiction. Au lieu d'employer comme terrain de culture la gélatine, Fränkel s'est servi du sérum de sang de bœuf coagulé ; il n'a pas obtenu le clou de Friedländer, mais toujours des cultures plates; ses inoculations ont réussi sur le lapin, tandis qu'elles ont échoué sur le cochon d'Inde. La seule explication possible d'une aussi complète contradiction entre deux observateurs d'un mérite indiscutable, c'est que Friedländer et Fränkel n'ont pas eu affaire au même microbe; cette hypothèse est d'autant plus plausible que Fränkel lui-même, après avoir rendu compte des expériences précédentes, s'est attaché à démontrer qu'un autre microbe, celui de la septicémie salivaire, pouvait affecter exactement tous les caractères du microcoque ellipsoïde de Friedländer, et notamment la capsule. Or il est impossible de ne pas remarquer, en lisant le travail de Fränkel, que les lésions constatées sur les lapins en expérience (poumons intacts ou présentant à peine quelques foyers lobulaires, tuméfaction considérable de la rate, microbes fourmillant dans le sang) sont tout à fait celles qu'on observe dans les septicémies. On ne

saurait donc chercher à mettre en opposition des travaux qui n'ont rien de commun entre eux, et il faut se borner à souhaiter que, désormais, les explorateurs s'arrangent pour partir d'une base identique.

V

Si on envisage dans leur ensemble les nombreux documents cliniques et expérimentaux que nous venons de passer en revue, on est bien obligé de reconnaître que l'impression qui s'en dégage est assez confuse. Le triage n'est pas encore opéré entre les faits bien observés et ceux défigurés par une fausse interprétation, entre les expériences vraiment sérieuses et celles qui n'ont de la rigueur scientifique que l'apparence. Le jour n'est peut-être pas très éloigné où une découverte capitale viendra dissiper tous les nuages, et jeter sur l'étiologie de la pneumonie une lumière aussi décisive que celle dont s'est éclairée l'histoire de la tuberculose, quand Robert Koch a démontré l'existence du bacille qui porte son nom. Mais, actuellement, les conclusions définitives ne se laissent pas encore pressentir, et tout ce qu'on peut faire, c'est de circonscrire le champ de l'hypothèse en tâchant d'établir dans quelle direction doit être cherchée la solution du problème.

Il est tout d'abord un point incontestable : c'est que la pneumonie affecte souvent une allure épidémique; les observations qu'on a pu lire dans le premier chapitre de cette Revue ne laissent aucun doute à ce sujet, et à en juger par la rapidité avec laquelle leur nombre s'est accru d'année en année il semble probable que les épidémies de pneumonie sont loin d'être rares.

Un second fait qui défie également toute discussion, c'est qu'un grand nombre de ces épidémies ne peuvent être attribuées exclusivement aux conditions météorologiques : quand on voit, comme au pénitencier d'Amberg, 160 détenus être frappés en l'espace de quelques mois, quand on voit, comme dans l'observation de Costello, un régiment accoutumé aux fatigues et aux intempéries être tout à coup décimé par la pneumonie, quand on voit enfin, comme dans le fait de Daly, six personnes de la même famille, réunies sous le même toit qu'elles n'ont pas quitté, payer successivement et à peu de jours d'intervalle leur tribut à la maladie, il serait puéril d'invoquer le refroidissement; cette cause trop banale et trop légèrement acceptée n'a évidemment rien à faire ici.

Si on écarte l'idée du coup de froid, si on n'accorde aux conditions d'hygiène, d'acclimatement, de régime, que leur influence purement prédisposante, on se trouve contraint de chercher la cause de ces épidémies dans quelque chose d'extérieur à l'homme, dans un principe né en dehors de l'organisme et susceptible en y pénétrant, d'y développer tout à coup une modalité morbide spéciale : ce quelque chose ne peut être qu'un germe infectieux, et par conséquent la pneumonie épidémique doit nécessairement être une maladie infectieuse.

Mais quelle est la nature de ce germe infectieux? D'où vient-il? Où se développe-t-il et comment pénètre-t-il dans le corps humain? La nature des germes infectieux nous est aujourd'hui connue : les grandes découvertes contemporaines ont montré que les maladies dites spécifiques se

transmettent par le moyen d'un contage vivant. L'origine des germes contages est la même que celle de tous les êtres vivants et c'est par reproduction exclusivement qu'ils se multiplient. C'est dans le sol ou pour mieux dire dans les matières organiques du sol, que la plupart d'entre eux se reproduisent et conservent presque indéfiniment leur activité; c'est par l'eau ou par l'air qu'ils pénètrent dans notre organisme.

Les quelques faits précis dont nous disposons s'accordent fort bien avec ces données générales : c'est ainsi qu'à Riethnordhausen, Penkert est parvenu, grâce à une enquête approfondie, à montrer que la cause de l'épidémie n'était autre que le voisinage d'un cimetière récemment inondé, dont les émanations étaient poussées par le vent de Nord-Est, directement sur la nouvelle école du village; c'est ainsi qu'à Hablainville et à Xermamont, Alison a pu établir un rapport presque constant entre le développement d'une épidémie de maison et la présence au même lieu d'un foyer de matières putrides; c'est ainsi enfin qu'au pénitencier d'Amberg, où nul foyer d'infection n'était visible, Kerschensteiner a pu indiquer le sol des planchers comme lieu d'origine du germe morbide, hypothèse ingénieuse que les recherches d'Emmerich ont pleinement confirmée.

Il est donc établi que dans certains cas la pneumonie se développe à la suite de la diffusion dans l'atmosphère de certains germes développés ou tout au moins conservés dans le sol. Keller et Jürgensen, se fondant là-dessus, ont cherché à établir que la fréquence de la pneumonie était en rapport inverse avec la hauteur des eaux souterraines et que la rareté des pluies, en favorisant la dessiccation des microbes, facilitait leur dispersion dans l'air et leur absorption par les poumons de l'homme. Les recherches statistiques d'Edlefsen à la policlinique de Kiel, en montrant que la plus grande fréquence de la pneumonie correspondait exactement aux saisons sèches et sa plus grande rareté aux saisons humides, ont confirmé cette hypothèse, mais il serait prématuré de vouloir la transformer en une loi générale.

Dès qu'on admet l'existence d'un germe pneumonique, on est amené à se demander si ce germe peut se transmettre directement d'homme à homme, en d'autres termes si la pneumonie est contagieuse. Ici encore on ne peut répondre que par des faits particuliers et ceux-ci sont loin d'être concordants : tandis que certains observateurs, comme Wynter-Blyth, Hardwiche, Penkert, Costello, Schmid, croient à la contagion et citent même des cas de transmission par l'intermédiaire d'une personne saine; plusieurs autres auteurs, tels que Köhnhorn, Kerschensteiner, Alison, déclarent positivement n'avoir rien observé qui permette de croire que la pneumonie se communique directement d'un malade à un autre. Jürgensen, dans son rapport au dernier congrès de Berlin, n'a pas repoussé l'idée de la contagiosité, mais il a ajouté que celle-ci devait être en tout cas exceptionnelle. En fait, si on examine la marche ordinaire des épidémies, il semble que le germe morbide affecte plutôt l'allure des poisons telluriques, comme celui de la malaria : l'influence pathogène ne se déplace guère avec les malades, mais demeure inhérente à certaines localités. On en peut conclure que, sauf certains cas particuliers, la contagiosité de la pneumonie est en général assez faible, et que le contage a besoin de se renouveler dans le sol pour retrouver son action nuisible.

La question est du reste encore très obscure et elle n'a guère chance de s'éclaircir, tant qu'on n'aura pas déterminé exactement l'existence et les caractères du microbe générateur de la pneumonie. Que ce microbe existe, nous avons vu qu'il était difficile d'en douter, mais quel est-il? Est-ce le coccus capsulé de Friedländer, est-ce le microbe lancéolé de Talamon, est-ce le microcoque assez mal défini de Fränkel? Il est actuellement impossible de répondre. Chacun de ces auteurs également consciencieux, également habiles, a obtenu des résultats différents, et chacun d'eux est naturellement enclin à considérer ses découvertes comme les plus sérieuses et à prendre son microbe pour le véritable. Par malheur ils n'ont pas employé les mêmes procédés d'investigation, et on sait trop que dans des recherches aussi délicates la moindre différence technique peut modifier notablement les résultats. En dépit des fortes présomptions qui s'imposent en faveur du microcoque de Friedländer, il faut attendre pour pouvoir se prononcer, que les observateurs, unifiant leurs méthodes, arrivent à obtenir des résultats comparables et à nous dire si réellement le coccus ellipsoïde à capsule existe constamment et uniquement dans la pneumonie.

Rien ne prouve d'ailleurs qu'il n'y ait qu'un seul microbe en cause, et nous touchons ici au point le plus controversé de cette litigieuse question : l'unité de la pneumonie est-elle réelle? Cette unité est loin de paraître évidente à tout le monde : affirmée au dernier congrès de Berlin par Jürgensen et par Fränkel, elle a été mise en doute par Friedländer, franchement niée par Rühle, Bäumler et Rosenstein. Et le fait est que dans l'état actuel des choses elle prête fort à la discussion.

D'abord au point de vue étiologique, il est bien difficile de rapporter tous les cas à une même cause : si petite qu'on fasse au refroidissement sa part, on ne saurait, comme l'ont fait remarquer Bäumler et Rosenstein, le rayer entièrement de l'étiologie; il est des cas frappants où son influence est impossible à méconnaître : par exemple dans le cas de Rühle, où un individu, après avoir fait en plein hiver une longue course en traîneau, sans abri, est pris brusquement le soir même de pneumonie double, ou encore, dans celui de Bäumler, qui a vu un jardinier contracter une pneumonie à la suite d'une chute dans un puits; ces cas se prêtent difficilement à l'idée d'un germe quelconque. D'autre part même les cas les plus manifestement infectieux sont loin de se ressembler et il est difficile d'admettre que l'épidémie de Costello, qui rappelle la peste bovine, fût causée par le même contage que celle d'Alison, qui ressemble à la grippe. Enfin, suivant la remarque très judicieuse de Rosenstein, que faire, dans cette hypothèse, des pneumonies secondaires? Ira-t-on jusqu'à supposer que la pneumonie qui porte souvent le dernier coup aux typhoïdiques, que celle qui termine l'existence d'un malade atteint de néphrite interstitielle ou d'hémorragie cérébrale est une maladie infectieuse surajoutée et distincte? Cela n'est vraiment guère probable.

D'autre part quand, se plaçant au point de vue clinique, on examine les arguments employés pour défendre la théorie de l'unité de la pneumonie, on ne tarde pas à reconnaître qu'ils n'ont pas la signification qu'on leur prête. Les signes physiques (râles crépitants, souffle tubaire, matité, crachats visqueux), n'indiquent en réalité qu'une chose, c'est l'inflammation fibrineuse du poumon; or cette inflammation paraît être

le mode réactionnel du parenchyme poumonaire vis-à-vis de certaines irritations, comme l'exsudation pultacée est le mode réactionnel du pharynx; rien ne prouve que la pneumonie ne puisse, comme l'angine, reconnaître plusieurs causes différentes. La marche clinique de la maladie est loin d'être constante, car la durée de la fièvre peut varier de vingt-quatre heures (Weil) à douze jours et même davantage. Quant aux symptômes généraux et fonctionnels, ils diffèrent totalement suivant les cas, et cela est si vrai, qu'un des partisans les plus déterminés de la doctrine infectieuse, Leichtenstern, a cru devoir diviser les pneumonies en deux classes et leur attribuer à chacune un contage différent. Au lieu de poursuivre contre toute vraisemblance la chimère de l'unité, n'est-il pas plus rationnel de supposer qu'il y a *des pneumonies* comme il y a des angines, que le syndrome de l'inflammation fibrineuse du poumon peut se développer sous des influences diverses, et que l'identité anatomique ne préjuge en rien l'identité étiologique? Si cette théorie est la vraie, il y aurait lieu de distinguer des pneumonies simples et des pneumonies spécifiques. Dans la première classe on ferait rentrer les cas (peu fréquents peut-être), mais incontestables, où la maladie se présente avec l'allure d'une fébri-phlegmasie, soit à la suite de l'action du froid sur le système nerveux (Rühle), soit comme manifestation locale du rhumatisme ou d'une autre diathèse. A la seconde classe appartiendraient d'abord tous ces cas de pneumonie épidémique, qui ne sont que l'expression locale d'une infection capable de se traduire en même temps par des pleurésies, des péricardites, des endocardites, des méningites (Eberth, Firket, Nauwerk) et même des néphrites aiguës (Kühn, Bäumler), puis les cas certainement nombreux, quoique souvent méconnus, où la phlegmasie pulmonaire est sous la dépendance directe d'une maladie générale, spécifique, telle que la grippe (Alison), la fièvre typhoïde, (Gerhardt, Lépine), le typhus (Ritter), la méningite cérébro-spinale (Bozzolo), peut-être la peste bovine (Costello), telle encore que l'érysipèle, (Straus), les fièvres éruptives et même la fièvre palustre (Grisolle).

A tout cela, les partisans de la doctrine unitaire répondront avec Fränkel qu'on n'est pas plus en droit de nier l'unité de la pneumonie que celle de la variole ou de la scarlatine; que les différences symptomatiques ne sont pas plus considérables que celles qui séparent la varioloïde de la variole confluente, et résultent de la virulence inégale du germe et de la réceptivité variable du terrain organique; que dans la même épidémie on observe toujours et des cas très légers et des cas très graves; que les pneumonies secondaires s'expliquent tout naturellement par la débilitation qui ouvre une voie facile au germe morbide; enfin, argument décisif, qu'un seul et même microbe se retrouve chez tous les pneumoniques, et que cet organisme, véritable agent infectieux, a été vu par Koch dans les reins, par Leyden dans les méninges, par Mendelsohn dans la pneumonie du cheval et par Poels et Nolen dans la pleuro-pneumonie contagieuse des bêtes à cornes. La chose est possible et nous n'y contredisons pas, mais jusqu'ici elle ne nous paraît pas démontrée, et nous avons le droit, avant d'admettre une doctrine en désaccord avec les enseignements de la clinique, de demander aux histologistes des confirmations répétées et des garanties de certitude plus solides que celles qu'ils nous ont fournies jusqu'à présent.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1884.

A

Abcès. — De la guérison spontanée des abcès froids et des abcès par congestion, par Forget. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.)—Thèse sur les phlegmons et abcès profonds de la région temporale, par Pouillaude. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — Du traitement des abcès froids par l'injection d'éther iodoformé, par Mattei. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.)

Abdomen. — Énorme phlegmon de la fosse iliaque, ponction sous-cutanée et lavage à l'eau phéniquée, injection de teinture d'iode, guérison, par Locquin. (*Lyon méd.*, 27 juillet.) — Dépôt chyleux dans l'abdomen, par Nickerson. (*Med. News.*, 21 juin, p. 731.) — Kyste hémorragique abcédé dans la cavité abdominale, par E. Moriz. (*St. Petersburger medic. Wochenschr.*) — De l'ascite congénitale, par Poirier de Narcay. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Cellulite prévésicale consécutive à une herniotomie; abcès phlegmoneux sous ombilical; abcès perinéphrique, 3 observations, par Ingalls. (*Boston med. and surg. Journ.*, 27 mars.) — De l'extirpation précoce et tardive des tumeurs abdominales, par Spencer Wells. (*Med. Times*, 5 juillet.)

Addison (mal d'). — Maladie bronzée coïncidant avec un cancer des ganglions bronchiques de la plèvre, du péricarde et des capsules surrénales, par Vergely. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 mai.)

Accouchement. — Des foyers d'auscultation en obstétrique, par Cantacuzène. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — 600 cas d'accouchement observés dans l'Afrique méridionale, par Egan. (*Med. Times*, 31 mai.) — Accouchement de deux jumeaux, par Weissenbach. (*Rev. de la Suisse romande*, juin 1882.) — L'hérédité des grossesses gémellaires, par Vögtli. (*Corr.-Bl. f. sch. Aerzte*, 15 juillet 1881.) — Présentation de la face, avec remarque sur la conduite à suivre, par Swift. (*Boston med. and surg. Journ.*, 27 mars.) — Étude de la version dans les bassins rétrécis, par Grisel. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — État de la vessie pendant l'accouchement, par Halliday Croom. (In-8°. *Edimbourg.*) — Des avantages d'une main aseptique pour l'accoucheur, par H. Löhlein. (*Centr. f. Gynækol.*, 26 janvier, p. 49.) — Du sublimé en obstétrique et en particulier dans la putréfaction fœtale, par Bonnet. (*Thèse de Paris*, 18 juin.)

Aérothérapie. — Sur le traitement pneumatique dans ses rapports avec la cure aérothérapique, par Spick. (*D. Arch. f. klin. Medic.* Band XXXIV, Heft 5 et 6, p. 558.)

Ainhum. — Un cas d'ainhum, avec examen microscopique, par L. Duhring. (*Am. Journ. of the med. Sc.*, p. 150.)

Albumine. — Sur les albumines normales et pathologiques, par MAUREL. (*Assoc. française, Rouen*, 1883.) — Note sur la méthode d'Esbach pour doser l'albumine, par H. VEALE. (*Brit. med. Journ.*, p. 898, mai.) — Sur quelques réactions de l'albumine, par GRIMAUX. (*Acad. des sciences*, 26 mai.) Note sur la coagulation des matières albuminoïdes, par GRIMAUX. (*Soc. de Biol.*, 12 janvier.) — Nouvelle méthode de préparer l'albumine d'œuf, par ED. REICHERT. (*Med. News*, 14 juin.)

Albuminurie. — Notes sur l'albuminurie, par GRISWOLD. (*Med. News.*, 14 juin, p. 700.) — De la peptonurie, par GROCCO. (*Annali univ. di med. e di chir.*, novembre 1883.) — Du traitement de l'albuminurie par la nitro-glycérine, et par le chlorure double d'or et de sodium, par BARTHOLOW. (*New York med. Journ.*, p. 134.) — De l'albuminurie physiologique, par COIGNARD. (*Union médicale*, 27 mai.) — Pathogénèse de l'albuminurie basée sur les lois de la filtration, par G. GABRITCHEWSKI. (*Méd. obozrénié*, n° 11.)

Alcoolisme. — La question de l'alcool, par M. NENCKI. (*Corr. Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 5. p. 105.) — Sur les symptômes et le diagnostic de l'alcoolisme chronique, par WILLE. (*Ibid.*, 15 février.) — De certains symptômes et lésions anatomo-pathologiques de l'alcoolisme, par MOELI. (*Berliner klinische Wochens.*, n° 14, p. 223, 7 avril.) — Des paralysies alcooliques, par FÉRÉ. (*Progrès médical*, 14 juin.)

Aliénation. — Relation du crime et de la folie, par BUCKNILL. (*Brit. med. Journ.*, p. 499, mars.) — Folie morale et criminalité native, par LOMBROSO. (*Arch. di psichiatria*, V, n° 1.) — Étude comparative des législations étrangères en ce qui concerne les aliénés traités à domicile, par FOVILLE. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, tome XII, n° 50.) — Rapport sur les projets de réforme relatifs à la législation sur les aliénés, par BLANCHE. (*Ibid.*, n° 4.) — Démence parétique et assurances sur la vie, par J.-G. KIERNAN. (*Chicago med. Journ. and Examiner*, juin.) — Responsabilité criminelle des aliénés, par T. CLAYE SHAW. (*S. Barth. Hosp. Rep.* XIX, p. 5.) — De la folie consécutive à l'insolation, par DOUY. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Aliénation mentale consécutive à l'intoxication par le sulfure de carbone, par A. VOISIN. (*Ann. méd. psychol.*, mars.) — Tentative de viol chez un aliéné, par MARRO. (*Arch. di psichiatria*, V. n° 1.) — Paralysie générale des aliénés, par JELLY. (*Boston med. and surg. Journ.*, 6 mars.) — Réaction des vaisseaux chez les délinquants et les fous, par LOMBROSO et LONGUET. (*Arch. di psichiatria*, V. n° 1.)

Alimentation. — De l'alimentation artificielle, par HOUEL. (*Thèse de Paris*, 14 juin.) — De l'alimentation artificielle, par HUMBERT. (*Thèse de Paris*, 17 juin.)

Allaitement. — Des troubles de la lactation, leurs causes, leur traitement, par TH.-M. DOLAN. (*Brit. med. Journ.*, 2 février.)

Amnios. — Étiologie de l'hydramnios, par FELICE MEOLA. (*Il Morgagni*, 1883, n° 9, p. 624, n° 11, p. 761.)

Amputation. — Cinq cas de désarticulation de la hanche, par RODERICK MACLAREN. (*Edinb. med. Journ.*, p. 992, mai.) — Désarticulation du bras droit et de l'omoplate; guérison, par OGILVIE WILL. (*Brit. med. Journ.*, p. 1435, juin.)

Amygdale. — Chancre des amygdales, par TAYLOR. (*Boston med. and surg. Journ.*, 5 juin, p. 537.) — Du chancre de l'amygdale, par W. TAYLOR. (*New*

York med. Journ., 24 mai.) — De la maladie tonsillaire chez les enfants (amygdalite et ses variétés), par James Carmichael. (*Edinb. med. Journ.*, p. 33, juillet.) — De l'amygdalite, par T. de Blois. (*New York med. Journ.*, p. 328.)

Anatomie. — Injection anatomique des vaisseaux par la cavité cranio-spinale, par Richardson. (*The Asclepiad*, janvier.)

Anémie. — Un cas probable d'anémie pernicieuse progressive, par Ed. Bruen. (*The med. News*, 21 juin.) — Relation d'une épidémie d'anémie d'origine miasmatique, par M. Cabanie (Nature douteuse. Exhalaisons méphitiques dans une caserne). (*Arch. de méd. mil.*, t. III, p. 1.)

Anesthésie. — Notes sur l'éthérisation (temps nécessaire à l'anesthésie dans 61 cas), par Gerrish. (*Med. News*, 21 juin, p. 734.) — Note sur l'éthérisation et la chloroformisation par la voie rectale, par Blanchard. (*Soc. de Biol.*, 20 avril). — Anesthésie prolongée obtenue à l'aide du protoxyde d'azote à la pression normale, par Aubeau. (*Soc. de Biol.*, 23 février.) — De quelques dangers et inconvénients de l'anesthésie, par Cheever. (*Boston med. and surg. Journ.*, 29 mai). — Sur un nouveau procédé de chloroformisation par les solutions titrées, par Lambert. (*Thèse de Paris*, 14 juin.) — Études expérimentales sur les propriétés anesthésiques des dérivés chlorés du formène, par Regnauld et Villejean. (*Acad. des sciences*, 26 mai.) — Anesthésie à l'aide d'un mélange de chloroforme et d'air exactement titrés, par Aubeau. (*Soc. de Biol.*, 14 juin.) — Recherches expérimentales sur la dégénérescence graisseuse des viscères après inhalations prolongées de chloroforme, par Ungar et Junkers. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 5, p. 77, 4 février.) — Sur un moyen simple de faciliter l'anesthésie dans les opérations antémaxillaires, par Duplouy. (*Assoc. française*, *Rouen*, 1883.) — Observation d'un cas d'anesthésie, p. H.-B. Donkin. (*Brain*, p. 497, janvier.) — Mort par le chloroforme, par Kotzmuth. (*Wien. med. Presse*, n° 47, 1883.). — Morts occasionnées par les anesthésiques en 1883 (onze par le chloroforme, une par un mélange d'éther et de chloroforme, une par l'oxyde nitreux), par Ernest-H. Jacob. (*Brit. med. Journ.*, 23 février.) — Contribution à l'étude des oscillations spontanées et provoquées de la sensibilité dans l'hémianesthésie, par H. Blaise. (*Montpellier*, 1882.)

Anévrisme. — Anévrisme de l'aorte d'origine syphilitique, par Barbe. (*France méd*, 6 mai.) — Anévrisme double de la crosse de l'aorte; tendance à la guérison, par Rabame. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 juin.) — Des anévrismes de l'aorte ascendante. Leçon de Botkine. (*Jégénéd. klin. Gazeta*, n° 207.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte; ligature de la sous-clavière et de la carotide droites; mort par rupture du sac le 51e jour après l'opération, par Howard Marsh. (*Medico-chir. transact.*, LXVI, p. 81). — Autopsie d'un anévrisme aortique traité pendant 3 ans par l'iodure de potassium à hautes doses, par Finlay. (*Clin. soc.; Med. Times*, 31 mai.) — Compression des bronches par un anévrisme aortique guéri; collapsus pulmonaire; bronchectasie; ulcération de la plèvre; abcès thoracique, mort, par S. Coupland. (*Med. Times*, 5 juillet.) — Des anévrismes de l'artère pulmonaire et des hémoptysies incoercibles, par Poupon. (*France méd.*, 10 mai.) — Anévrisme orbitaire double guéri spontanément, par Gauran. (*Assoc. française*, *Rouen*, 1883.) — Anévrisme du tronc cœliaque, par Richardson. (*The Asclepiad*, avril.) — Anévrisme du tronc brachio-céphalique et de la sous-clavière; guérison par le repos et l'iodure de potassium, par de Renzi. (*Riv. clin.*, mars.) — Ligature de la carotide et de la sous-clavière, pour un anévrisme du tronc brachio-céphalique; guérison, par

LANGLEY BROWNE. (*Medic. chir. trans.*, LXV., p. 21). — Sur un cas d'anévrisme artério-veineux de la cuisse, par SCHWARTZ. (*Union médicale*, 3 juin.) — Tumeur anévrismale de l'extrémité inférieure du fémur, prise pour une collection purulente; incision, hémorragies, amputation; mort par embolie et thrombose cardiaques, par ANGER et PILLOT. (*Soc. anat.*, 7 décembre 1883.) — Anévrisme artérioso-veineux de la carotide primitive et de la jugulaire interne, par L. STIMSON. (*Amer. journ. of the med. sc.*, p. 325.)

Angine. — De l'angine gangréneuse secondaire, par COZZOLINO (Broch., *Naples.*) — Le syndrome de l'angine de poitrine envisagé au point de vue de la théorie de la révulsion, par W. ALLEN STURGE. (*Brain*, p. 492, janvier 1883.) — Angiome caverneux rétrobulbaire chez un enfant de deux ans et demi, par BRINCKEN. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, avril.)

Anthropologie. — Le but et les méthodes de l'anthropologie, par FLOWER. (*Journ. of the antropol. Institute*, mai.)

Antiseptique. — Recherches sur les substances antiseptiques et des conséquences qui en résultent pour la pratique chirurgicale, par RATIMOFF. (*Acad. des sciences*, 16 juin.)

Anus. — Colotomie lombaire; résection d'une portion rétrécie du côlon descendant; guérison, par THOMAS BRYANT. (*Medico chir. trans.*, p. 131, LXV.)

Aorte. — De l'insuffisance aortique consécutive à l'athérome de l'aorte, par CAILLET (*Thèse de Paris*, 22 juillet.)

Appareil. — Spéculums chirurgicaux trouvés dans les ruines de Pompéi et d'Herculanum, par JACOBELLI. (*Il Morgagni*, mars 1883, p. 185.) — Speculum en forme de cuiller se tenant dans le vagin, par MASSARI. (*Wien. med. Presse*, n° 29, 1883.)

Artère. — De l'ulcération des artères due au contact du pus, par FLOUS (*Thèse de Paris*, 26 juin.) — Anomalie de l'artère fémorale profonde (origine élevée); pétrification de toute l'artère fémorale chez un homme de 79 ans, sans troubles circulatoires, par ZWICKE. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 26, p. 414, 30 juin.) — Valeur diagnostique des bruits systoliques dans les sections partielles des artères, par V. WAHL. (*St. Petersburger medic. Wochenschr.*, 1884.)

Articulation. — Des mouvements de rotation de l'articulation du genou, par HOROCH. (*Wien. med. Jahrbücher*, *Heft* IV, p. 551, 1882.) — Mécanique de l'articulation astragalo-calcanéenne, par ALBERT. (*Wien. med. Jahrbücher*, *Heft* IV, p. 493, 1882.) — Trois cas d'affection du genou, avec ouverture de l'articulation et guérison, par COLVILLE. (*St. Barth. hosp. Rep.*, XIX, p. 206.) — Arthrite fongueuse du genou gauche, avec cavité centrale tuberculeuse dans l'extrémité inférieure du fémur; amputation de cuisse, par PICQUÉ. (*Soc. anat.*, 18 janv.) — Coxalgie, d'origine rhumatismale, traitée dès le début et guérie, par DESCROIZILLES. (*France méd.*, 13 mai.) — Un cas d'arthropathie de Charcot, par T.-F. RAVEN. (*Brit. med. Journ.*, 23 février.) — Observation de contracture réflexe, suite de traumatisme articulaire, par COLLIN. (*Arch. de méd. mil.*, t. II, p. 431.) — 3 observations de traumatismes de l'épaule, fracture du col; luxation compliquée; arthrite chronique avec abcès épiphysaire, par NANCREDE. (*Boston med. and surg. Journ.*, 24 avril.)

Asphyxie. — Emploi de l'oxygène dans les cas d'asphyxie, par LIMOUSIN. (*Assoc. franç. Rouen*, 1883.)

Asthme. — Asthme hydrotionémique ou asthme dyspeptique, par DE STEFANO, (*Il Morgagni*, mars 1883, p. 193.) — Du traitement de la fièvre de foin, par H. ALLEN. (*Am. journ. of the med. sc.*, 1884, p. 156.)

B

Bain. — Matériaux pour l'étude de l'action du bain froid, par A. LATCHKUS. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Contre-indication des bains d'eau mère, par KISCH. (*Wien. med. Woch.*, n° 33, 1883.) — Nouvelles recherches sur l'action des bains d'eau mère, par HELLNER. (*Wien. med. Presse*, n° 23, 1883.) — De l'usage des bains d'eau mère dans les hémorragies utérines, par KLEIN. (*Ibid.*, n° 18, 1883.)

Bassin. — Étude du bassin infantile considéré au point de vue de la forme et du rapport entre les diamètres du détroit supérieur, par TURQUET. (*Thèse de Paris*, 2 août.) — Nouveau schéma pour classer les bassins déformés, par WALTER GRIFFITH. (*Saint-Barth. Hosp. Rep.*, XIX, p. 265.) — Spondylizème et spondylolisthésis, par AUVARD. (*Union médicale*, 1er mai.) — De la forme de l'excavation pelvienne au point de vue obstétrical, par BOISSARD. (*Thèse de Paris*, 13 juin.)

Bec de lièvre. — Traitement du bec de lièvre simple et compliqué, par DENISE. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Traitement opératoire du bec de lièvre, par James WHITSON. (*Edinb. med. Journ.*, p. 7, juillet 1883.)

Biliaires (voies).— Sur le processus de la sécrétion biliaire, par DARIO BALDI. (*Lo Sperimentale*, avril 1883, p. 349.) — Physiologie de l'acide urique, ses relations avec la gravelle et les calculs biliaires, par GARROD ; Revue générale, par LANNOIS. (*Revue de médecine*, mars.)

Blennorragie. — De la folliculite blennorragique chez la femme et de son traitement, par BOUCHET. (*Thèse de Paris*, 20 juin.) — Observation de blennorragie, accompagnée de rhumatisme aigu et d'endocardite, par C. RAILTON. (*Brit. med. Journal*, p. 1142, juin.) — Erythème infectieux dans le cours d'une blennorragie, par BALZER. (*Gaz. méd. de Paris*, 28 juin.) — Sur l'adénite inguinale de la blennorragie, par JACQUIN. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — Des érythèmes blennorragiques, par MESMET. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — De l'arthrite blennorragique, par CHOLTIER. (*Thèse de Paris*, 11 juillet.) — Des cystites blennorragiques, par LEPREVOST. (*Thèse de Paris*, 1 août.)— De la blennorragie comme affection parasitaire et de son traitement par les injections de bichlorure de mercure, par CHAMERON. (*Thèse de Paris*, 39 juillet.) — Pathologie et traitement de la gonorrhée, par MILTON. (In-8°, Londres.) — Injection d'iodoforme dans la blennorragie, par CAMPANA. (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, 19 janvier.)

Bronche. — Remarques sur quelques cas de bronchite (goutteuse), par G. SAINT-GEORGES. (*Dublin Jour. of med sc.*, p. 411, mai.)

C

Cancer. — Trois cas de tumeurs provenant des glandes cutanées d'un chien, montrant la transition entre le tissu glandulaire et l'envahissement cancéreux, par Charles Creighton. (*Medico-chir. Trans.*, LXV, p. 52.) — De l'hérédité cancéreuse : statistique portant sur 132 cas de cancer, par W. Roger Williams. (*Brit. med. Journ.*, p. 1039, mai.)

Carbone. — Sur la recherche et sur le dosage de faibles quantités de sulfure de carbone dans l'air, dans les gaz, etc., par Gastine. (*Acad. des sciences*, 30 juin.)

Céphalotripsie. — Description d'un nouveau céphalotribe, par James Smith. (*Brit. med. journ.*, p. 1136, juin.)

Cerveau. — Nouvelles recherches sur la structure du cerveau et l'agencement des fibres blanches de la substance cérébrale, par Luys. (*Acad. des sciences*, 7 juillet.) — Du rôle des ventricules latéraux dans les changements de volume du cerveau, par Constantin Paul. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, tome XIII, n° 18.) — Effets de la destruction de l'écorce cérébrale sur les lapins, par Richet. (*Soc. de biol.*, 20 avril.) — De temps du processus psychique dans l'œsthésiomètre tactile, par Buccola. (*Riv. sper. di freniatria*, 2 et 3, 1883.) — Sur la genèse des phénomènes cortico-moteurs, par Monselise. (*Il Morgagni*, mars 1883, p. 176.) — La situation des centres moteurs du cerveau par rapport aux fonctions nutritives et sociales (instinct de reproduction), par Lauder Brunton. (*Brain*, p. 431, janvier 1882.) — De l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux, par Bérillon. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — Sur les progrès réalisés par la physiologie expérimentale et la méthode anatomo-clinique dans l'étude des fonctions du cerveau, par Levillain. (*Thèse de Paris*, 1er août.) — Méthode de démonstration des connexions du cerveau à l'état de santé et de maladie, par J. Hamilton. (*Brain*, p. 212, juillet 1883.) — Sur la distribution topographique des dégénérescences secondaires, consécutives aux lésions destructives des hémisphères cérébraux, chez l'homme et chez quelques animaux, par Pitres. (*Acad. des sciences*, 15 juillet.) — Attitudes spontanées de la main considérées comme des indications de l'état du cerveau, par Francis Warner. (*Brain*, p. 342, octobre 1883.)— Hémiplégie gauche chez un mélancolique, vision défectueuse de l'œil gauche ; lésions destructives des circonvolutions droites ascendantes et du lobule du pli courbe, par James Shaw. (*Brain*, p. 257, juillet 1882.) — Note sur un cas d'aphasie transitoire, par Lutaud. (*Union méd.*, 25 mai.) — De la congestion pulmonaire compliquant les traumatismes cérébraux, par Houel. (*Thèse de Paris*, 17 juin.) — De la congestion pulmonaire compliquant les traumatismes cérébraux, par Sourice. (*Thèse de Paris*, 14 juin.) — Amas tuberculeux au voisinage de la scissure gauche de Rolando ; paralysie partielle du bras droit ; méningite tuberculeuse consécutive, par Donkin. (*Med. Times*, 7 juin.) — Rapport étiologique possible entre l'hémorragie cérébrale et l'étroitesse congénitale de l'aorte, par F. Ferguson. (*New York med. Journ.*, 31 mai.) — De la démence sénile, liée à des lésions encéphaliques, multiples, par Clouston. (*Edinb. med. Journ.*, p. 1057, juin 1883.) — Un cas de gliome cérébral, par Marchi. (*Soc. med. chir. di Modena*, avril 1883.)

Cervelet. — Méningite aiguë, kyste du cervelet, par Dauchez. (*Soc. anat.*)

6 décembre 1883.) — Ramollissement du lobe droit du cervelet, tendance au recul pendant la dernière année de la vie, mort par hémorragie dans le corps strié, par LEVÊQUE. (*Soc. anat.*, 21 décembre 1883.)

Césarienne (Opération). — Observation d'opération de Porro, suivie de mort, par AL. RUSSELL SIMPSON. (*Edinb. med. Journ.*, p. 9, juillet.) — Quatrième opération césarienne d'après PORRO. (*Centralblatt. f. Gynækologie*, 12 janvier.)

Charbon. — De la durée de l'immunité vaccinale anticharbonneuse chez le lapin, par FELTZ. (*Acad. des sciences*, 4 août.) — Des changements dans la composition chimique du lait chez les brebis après l'inoculation du charbon, par N. MANOTZKOFF. (*Thèse, Saint-Pétersbourg*, 1883.)— Notes sur deux cas de pustule maligne, avec examen microscopique de la peau et des bacilles, par DAVIES COLLEY. (*Medico-chir. Transact.*, LXV, p. 237.) — Pustule maligne, par JANNEY. (*Boston med. and surg. Journ.*, 8 mai.) — Deux observations de pustule maligne dans lesquels la mort est survenue avec des accidents tétaniques, par REYNIER et GELLÉ. (*Acad. de méd.*, mai.)

Choléra. — Remarques sur l'épidémie de choléra en Égypte de 1883, par W.-G. HUNTER. (*Brit. med. Journ.*, 19 janvier.) — Le choléra dans la basse Égypte en 1883, par DUTRIEUX-BEY. (In-8°, *Paris.*) — Histoire du choléra depuis les périodes les plus reculées jusqu'en 1817, par MACPHERSON. (In-8°, *Londres.*) — Sur l'épidémie cholérique, par COSSON. (*Acad. des sciences*, 7 juillet.) — De l'infection des égouts de Messine ; ses rapports avec l'épidémie de choléra morbus, par G. ZUNO. (*Il Morgagni*, 1883, n° 11, p. 790.) — Leçon sur le choléra asiatique, par MACNAMARA. (Nécessité des quarantaines.) (*Brit. med. Journ.*, p. 502, mars.) — Revue critique sur la prophylaxie du choléra, par CHARLES CAMERON. (*The Dublin Journal of med. sc.*, p. 81, août 1883.) — Rôle pathogénique de l'altération épithéliale de la muqueuse intestinale dans le choléra, par A. NETTER. (*Gaz. méd. de Paris*, 28 juin.) — Sur les mesures sanitaires applicables à Lyon en prévision du choléra, par J. ROLLET. (*Lyon méd.*, 6 juillet.) — Antiseptiques et maladies infectieuses; du cuivre contre le choléra et la fièvre typhoïde, par BURCQ. (In-8°, 184 p., *Paris.*)

Chorée. — De la chorée des femmes enceintes, par GAYRARD. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — Statistique relative à la chorée, par ANGEL MONEY. (*Brain*, p. 511, janvier.)

Climat. — Étude sur les climats, par CHAPPET. (In-8°, *Lyon.*)

Cœur. — Étude sur les bruits du cœur, par SANDBORG. (*Assoc. française*, Rouen, 1883.) — Des conditions de production des bruits musicaux au cœur, par DROZDA. (*Wien. med. Woch.*, n° 22, 1883.) — Sur le dédoublement des bruits du cœur, par DE RENZI (*Riv. clin. e terap.*, février.) — De l'origine et de la théorie auriculaire de quelques bruits intra et extracardiaques, par ELOY. (*Union médicale*, 17 mai.) — Rapport sur un cas d'ectopie congénitale du cœur, par MAREY. (*Bullet. de l'Acad. de méd.*, tome XII, n° 42.) — Note sur le poids du cœur dans quelques cas de lésions rénales consécutives au cancer de l'utérus, par FÉRÉ et QUERMONNE. (*Soc. anat.*, 18 janvier.) — Du pronostic des maladies du cœur, par W.-H. BROADBENT, (*Brit. med. Journ.*, 26 janvier.) — Un mot sur les maladies organiques du cœur, par GUNZBURG. (*Wien. med. Presse*, n° 25, 1883.) — De l'hypertrophie idiopathique du cœur, par BIACH. (*Wien. med. Woch.*, n° 48, 1883.) — Contribution à l'étude clinique du bruit de galop, par HENRIETTE JOUDRA. (*Thèse inaugurale, Genève.*) — Rétrécissement aortique, calcification des

valvules sigmoïdes d'origine traumatique, par DURAND-FARDEL. (*Soc. anat.*, 18 janvier.) — Observation de battements du foie (Cas classique d'insuffisance tricuspidienne), par WALTER G. SMITH. (*The Dublin of med. sc.*, p. 54, janvier.) — Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets, par BAUMEL. (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1883). — Rétrécissement mitral, embolies multiples, phlébite, néphrite interstitielle, par MALIBRAN. (*Soc. anat.*, 18 janvier.) — De l'hydropneumopéricarde médical, par ARMEDEY. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Foyers multiples d'apoplexie pulmonaire observés dans un cas de rétrécissement mitral suivi d'oblitération complète des artères pulmonaires et d'obstruction des veines, par DESPLATS. (*Société méd. des Hôpitaux*, 21 mai.) — Athérome généralisé, rétrécissement aortique avec athérome des valvules aortiques, calcification de l'endocarde du ventricule gauche, par RICHARDIÈRE. (*Soc. anat.*, 14 décembre 1883.) — Persistance du trou de Botal ; communication des deux ventricules avec une artère unique, donnant ultérieurement naissance aux branches pulmonaires et aux branches périphériques, par BARBAUD, BURRY et RACHET. (*Soc. anat.*, 30 novembre 1883.) — Du délire dans les maladies du cœur, par LAURENT. (*Thèse de Lyon.*) — Mal de Bright, rupture spontanée du cœur, mort subite, par MÉRIGOT DE TREIGNY. (*Soc. anat.*, 7 décembre 1883.) — Le microcoque de l'endocardite infectieuse, par GRANCHER. (*Société méd. des Hôpitaux*, 4 janvier.)—Un cas d'endocardite infectieuse avec éruption cutanée simulant un érythème papuleux, par BARTH. (*France méd.*, 8 mars.) — Observations de rupture spontanée du cœur chez les aliénés, par ARTHUR FLINTOFF MICKLE. (*Edinb. med. Journ.*, p. 710, février.) — Déplacement traumatique du cœur, avec luxation de la clavicule et de trois côtes, par W. WINTER. (*The Dublin of med. sc.*, p. 393, mai 1883.)

Conjonctive. — De la multiplication des cellules dans l'inflammation de la conjonctive chez l'homme, par GAMA PINTO. (*Centrabl. f. prakt. Augenheilk.*, avril, mai.)

Coqueluche. — Hémorragie cérébrale au cours de la coqueluche chez un enfant tuberculeux, par DAUCHEZ. (*Soc. anat.*, 4 janvier.) — Traitement de la coqueluche, par DOLAN. (*Midland med. Miscellany*, 1er avril.)

Cordon. — De l'insertion vélamenteuse du cordon, par BESSIÈRE. (*Thèse de Paris*, 1er août.) — Sur les circulaires du cordon ombilical comme cause de ralentissement de l'accouchement et de la mort du fœtus, par LEITH NAPIER. (*Edinb. med. Journ.*, p. 984, mai.)

Corps étrangers.—Longue aiguille avalée ; perforation de l'appendice vermiculaire, puis du cœcum, enkystement, par BAUMGARTEN. (*Berlin. klin Woch.*, n° 28, p. 443, 14 juillet.) — Des aiguilles introduites dans les tissus, par DESPRÉS. (*Gaz. méd. de Paris*, 17 mai.) — Chapelet en acier du poids de 20 grammes avalé par un enfant de 6 ans 1/2, par HALLEZ. (*Bulletin médical du Nord*, mars 1884.)

Cou. — Sur les fibromes récurrents du cou et leurs relations avec les arcs branchiaux, par HENRY FREEMAN. (*Brit. med. Journ.*, p. 1083, juin.)

Crâne. — Un cas d'enchondrome ossifiant des parties molles du crâne, par BAUÜMLLER. (*Cent. f. Chir.*, n° 42, 1883.) — Des différentes formes de tête chez l'adulte, par J. DALTON. (*New York med. Journ.*, p. 279.) — Amaurose cérébrale et crises gastriques, à la suite d'un traumatisme de la tête, par R. KIRKLAND. (*Am. Journ. of the med. sc.*, p. 462.) — Plaie pénétrante du crâne, par arme à feu. Incision pour enlever les esquilles ; guérison par SCHMIDT. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 26, p. 414, 30 juin.) — Fracture com-

minutive du crâne et abcès des lobes frontaux presque sans symptômes pendant la vie, par J. Mac Carthy. (*Brain*, p. 559, janvier 1883.) — Fracture du crâne : déviation conjuguée des yeux persistante pendant quatre mois, guérison par trépanation, par Georges Thomson. (*Brain*, p. 99, avril 1883.)

Criminels. — Crânes et cerveaux de criminels, par Romiti. (*Arch. di psichiatria*, *V*, n° 1.)

Cristallin. — Sur la structure microscopique du cristallin et du corps vitré, par Heitzmann. (*Bericht. 15te versaml. der Ophth. Gesellsch.*, *Heidelberg*, 1883.)— De la production de la myopie pendant la formation de la cataracte sénile, par Landesberg. (*Centralb. f. prakt. Augenheilh.*, avril, mai.) — De l'anesthésie dans l'opération de la cataracte et du pansement antiseptique, par Gayet. (*Lyon méd.*, 6 juillet.) — De l'opération de la cataracte, par Dubrueil. (*Gaz. méd. de Paris*, 21 juin.)

D

Daltonisme. — Législation relative au daltonisme, par Debeck. (*Cincinnati Lancet and Clinic*, 5 avril.)

Dent. — Des affections de la muqueuse buccale dans leurs rapports avec l'état des dents, par Trichet. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — Des principales complications des affections dentaires en général, par Combe. (*Bull. gén. de thérapeut.*, 15 mars.) — Spasmes des muscles de la face et cataracte produits par irritation dentaire, par H. Sewill. (*Brit. med. Journ.*, p. 899, mai.) — Nouveau davier pour l'extraction des prémolaires supérieures et inférieures, par Scheff. (*Wien. med. Presse*, n° 18, 1883.) — De la greffe des dents, par Redard. (*Rev. de la Suisse romande*, novembre 1883.)

Désinfection. — Le borax comme désinfectant intérieur, par de Cyon. (*Acad. des sciences*, 21 juillet.) — Procédés de désinfection, par Wernich. (*Wien. med. Presse.*, n° 30, 1883.)

Diabète. — Recherches sur les altérations des organes dans le diabète sucré, par Cantani et Ferraro. (*Il Morgagni*, février 1883, p. 81, et mars p. 161, avril, p. 225.) — Sur la physiologie pathologique des artères dans le diabète, par Pasquale Ferraro. (*Il Morgagni*, 1883, n° 18, p. 681.) — Anatomie pathologique du diabète sucré, basée sur une statistique de 184 cas, par Bertram Windle. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 112, août 1883.) — Coma diabétique : trois observations, par James Alexander Lindsay, p. 257, octobre 1883.) — Diabète compliqué d'anthrax. Guérison, par Barthélemy. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, 1883.) — Pancréas et diabète, par L. Capparelli. (*Il Morgagni*, 1883, n° 7, p. 459.) — De l'origine nerveuse du diabète, par de Renzi. (*Riv. clin. e ter.*, fév.) — Même sujet, par de Dominicis. (*Ibid.*).—Sur la curabilité du diabète, par P. Burresi. (*Lo Sperimentale*, mars 1883, p. 235.) — Essai de l'atropine dans le diabète ; résultats négatifs, par Z. Pupier. (*Lyon méd.*, 27 juillet 1884.)

Diphtérie. — De la propagation de la diphtérie à Paris et des mesures qu'il conviendrait de prendre pour l'enrayer, par Ollivier. (*Rev. mens. des mal.*

de l'enfance, juin.) — Quelques observations sur l'étiologie de la diphtérie, par F. Parsons. (*Med. Times*, 14 juin.) — Relation d'une épidémie de diphtérie au 115e de ligne, à Tunis, par Maljean. (*Arch. de méd. mil.*, t. III, p. 193.) — De la diphtérie, par Eichstaedt. (In-8°, *Berlin*.) — Paralysie du voile du palais consécutive à la diphtérie, diplégie faciale, déformation de la bouche en museau, par Bayer. (*Rev. mens. de laryngol.*, 1er juillet.) — Un cas de mort subite dans la diphtérie, par D. Longcaker. (*New York med. Journ.*, p. 482.) — La médication moderne de la diphtérie, par Herz. (*Wien. med. Woch.*, n° 45, 1883.) — De la diphtérie et de son traitement, par Hübener. (In-8°, *Berlin*, 1883.) — Traitement de la diphtérite, par Dominico Galligais. (*Il Morgagni*, 1883, n° 7, p. 451.) — Du traitement de la diphtérie par les fumigations de goudron et d'essence de térébenthine, par Féréol. (*Société méd. des hôpitaux*, 21 mai.)

E

Eaux minérales. — Guide de thérapeutique aux eaux minérales et aux bains de mer, par Campardon. (In-18, Paris.) — Étude expérimentale sur l'action physiologique des eaux d'Uriage, par Berlioz. (*Bull. acad. de méd.*, 22 avril.) — Analyse de l'eau minérale de Brucourt, par Cloez. (*Acad. des Sciences*, 19 mai.) — Sur les eaux thermales de la Réunion, par Pélagaud. (*Assoc. française*, *Rouen*, 1883.) — Valeur des eaux de Teplitz-Schonau dans la gangrène, par Lustig. (*Wien. med. Presse*, n° 28, 1883.) — Les eaux de Piatigorsk (Caucase) et les autres sources minérales dans le voisinage, par W. Bogolowski. (*Saint-Pétersbourg*, 1883.) — De la nature des dyspepsies et de leurs conditions vitales dévoilées par les eaux sulfureuses, notamment celles de Cauterets. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 mars.)

Éclampsie. — Des paralysies puerpérales d'origine éclamptique, par Bernard. (*Thèse de Paris*, 2 août.) — Éclampsie puerpérale traitée par la saignée; guérison, par Richard Ryan. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 230 mars.) — Traitement de l'éclampsie puerpérale, par Goenner. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 13, p. 330, 1er juillet.)

Écriture. — De l'écriture chez les gauchers, par Berlin. (*Bericht die* 15 *ter Versammlung der ophth. Gesellsch.*, *Heidelberg*, 1883.)

Électricité. — Du mécanisme de la mort par les courants électriques intenses par Grange. (*Thèse de Paris*, 2 août.) — L'électricité en médecine, par Boudet, de Paris. (*Bull. gén. de thérap.*, 29 février.) — Un nouveau traitement électrique des fibromes utérins, par Apostoli. (*Acad des Sciences*, 28 juillet.) — Du traitement électrique de la douleur ovarienne chez les hystériques, par Apostoli. (*Assoc. française*, Rouen, 1883.)

Éléphantiasis. — Éléphantiasis des Arabes, guéri par la ligature de l'artère fémorale, par E. Weber. (*Am. Journ. of the med. sc.*, p. 164.)

Embryon. — Contribution à l'histoire de la constitution de l'œuf, par V. Bambeke. (*Arch. de Biologie*, IV, fasc. 4.) — Sur l'aire vitelline du blastoderme du poulet, par M. Duval. (*Soc. de Biol.*, 17 mai.)

Embryotomie. — De l'embryotomie au point de vue des souffrances qu'elle cause au fœtus et des moyens de les lui éviter, par Kh'ntiriann. (*Thèse de Paris*, 1er août.)

Empoisonnement. — Histoire des poisons anciens et modernes, par WYNTER BLYTH. (*Med. Times*, 2 août.) — De l'usage de la lobélie. Observation d'empoisonnement. (*Brit. med. Journ.*, 16 février.) — La morphinomanie, par BALL. (*Rev. scientif.*, 7 juin.) — Empoisonnement par une infusion de feuilles de belladone, par MASSE. (*Gaz. hebd. des sc. méd., de Bordeaux*, 18 mai.) — Empoisonnement par la teinture d'aconit, par ROTH. (*Viertel. f. gerichtl. Med.*, juillet 1883.) — Amaurose passagère à la suite de l'absorption de vapeurs d'acide cyanhydrique dilué, par DE TATHAM (*British med. Journ.*, p. 409, mars.) — Etude expérimentale sur l'empoisonnement par le phosphore, par G. FILOMUSI-GUELFI. (*Il Morgagni*, 1883, n° 9, p. 608.) — Perte de souvenir due à l'oxyde de carbone, et portant sur des faits antérieurs à l'intoxication chez une épileptique mélancolique, par BOUCHER. (*France méd.*, 8 avril.) — Empoisonnement par le chloral (28 grammes pris en une heure); guérison, par ROSSI. (*Gazz. degli ospitali*, 10 oct. 1883.) — Empoisonnement chronique par le sulfure de carbone, par ALEXANDRE BRUCE. (*Edinb. med. Journ.*, p. 1009, mai.) — Intoxication par l'iodoforme, par J. HAYES. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 105, août 1883.) — Note sur quelques cas probables d'empoisonnement cuivreux d'origine culinaire par G.-H. FOSBROKE. (*Saintary Record*, n° 319, p. 484, avril.)

Enchondrome. — Enchondrome volumineux de l'épaule, extirpation ; guérison, par DUPLOUY. (*Assoc. française*, Rouen 1883.) — Enchondrome volumineux de la main, par LECERF. (*Bull. médical du Nord*, mars.) — Note sur un cas d'enchondrome ulcéré du pied, par ARNAUD (*Marseille méd.* février.)

Enfant. — Histoire de la protection de l'enfance à Rome, par MOUTIER. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — Application de la loi Roussel dans le Calvados, ses résultats, par VALETTE. (*Thèse de Paris*, 19 juin.) — Des résultats obtenus par la loi Roussel, par SORDES. (*Lyon méd.*, 11 mai.) — Maladies des enfants, histoire et traitement, par SEMPLE. (In-8°, *Londres.*) — Éducation physique des enfants chez les différents peuples et principalement en Russie. Matériaux pour les recherches médico-anthropologiques. Par E. POKROWSKI. (Livraisons 1 et 2 avec de nombreux dessins, *Moscou.*) — Rapport sur la médication pharmaceutique et sur la médication marine des maladies de l'enfance, par ARNOULD. (*Bull. médical du Nord*, mars.) — Des maux de gorge chez les enfants, par ASHHBY. (*Practitioner*, décembre 1883.) — La diarrhée estivale des enfants (statistique de la mortalité par athrepsie à New York, par LEWIS SMITH. (*Med. News*, 5 juillet, p. 14.) — Marche de la température dans la méningite tuberculeuse bacilaire des enfants, par BALABAN. (In-8°, *Heidelberg.*) — Apoplexie chez une enfant de 13 ans, par BRAY. (*Med. News*, 21 juin, p. 735.) — Sclérose cérébrale chez l'enfant, par J. SIMON. (*Gaz. des hôpitaux*, 5 juin.) — Sur une forme de contracture généralisée observée chez les enfants, par LAUNOIS. (*France méd.*, 19 avril.) — Cirrhose hypertrophique chez un enfant, par DURAND. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1er juin.) — Des formes cliniques de la fièvre intermittente chez les enfants, par BENOÎT. (*Thèse de Paris*, 20 juin.) — De la fièvre intermittente chez les enfants, par W.-R. THOMAS. (*Brit. med. Journ.*, 19 janvier.) — Sclérodermie affectant le membre inférieur gauche chez un enfant de 5 ans, par SYMPSON. (*Brit. med. Journ.*, p. 1089, juin.) — Cas de paralysie du voile du palais à la suite du muguet chez un enfant de 9 jours, par H. PUERKHAUER. (*Jahrb. für Kinderheilkunde*, 1884.) — Sarcome du rein chez un enfant de deux ans, par JACOBI. (*New York med. Journ.*, p. 450.) — De la lithotritie chez l'enfant, par DUCASSE. (*Thèse de Paris*, 1er août.) — Extirpation d'une tumeur de l'ovaire chez une enfant de 18 mois, par H. SCHMIDT. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 23, p. 362, juin.) — Diagnostic des tumeurs de la fosse iliaque chez l'enfant, par LAUNOIS. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, juin.)

— Guérison de l'amaurose chez les enfants, par NETTLESHIP. (*Med. Times*, 14 juin, p. 812.) — Traitement chirurgical de la pleurésie purulente chez les enfants, par BRANTHOMME. (*Thèse de Paris*, 1er août.) — Du plâtre de Paris dans la chirurgie des enfants, par J. SHAW. (*Med. Times*, 19 juillet.)

Épilepsie. — Étude d'un cas d'épilepsie, par CHARLES MERCIER. (*Brain*, p. 191, juillet 1883.) — Observation d'épilepsie : aura caractérisé par un vertige avec sensations auditives et troubles psychiques : contractions spasmodiques toujours débutant par le côté gauche, par CHARLES MERCIER. (*Brain*, p. 372, octobre 1883.)

Érysipèle. — Érysipèle ambulant, consécutif à un traumatisme, compliqué d'albuminurie et d'hématurie, interrompu par des localisations morbides sur les méninges et sur le tube digestif, à la suite desquelles l'érysipèle reparaît et guérit après avoir duré quatre mois, par N. GUENEAU DE MUSSY. (*France méd.*, 20 mai.) — Érysipèle de la face, thrombose des vaisseaux rétiniens, cécité, par H. KNAPP. (*New York med. Journ.*, p. 361.) — Résorcine dans l'érysipèle, par ANDEER. (*Wien. med. Presse*, n° 22, 1883.) — Traitement de l'érysipèle, par POLANY. (*Ibid.* n° 24, 1883.) — Sur une éruption cutanée simulant l'érythème noueux, due à l'iodure de potassium. par TALAMON. (*France médicale*, 15 janvier.)

Estomac. — Sur le bruit de clapotement stomacal, par BARADAT. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Sur le clapotage stomacal, par AUDHOUI. (*Acad. des sciences*, 30 juin.) — De la dilatation de l'estomac, par G. SÉE et MATHIEU. (*Revue de méd.*, mai.) — De la dilatation de l'estomac consécutive à la fièvre typhoïde, par MONTOYA. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Essai sur la dilatation adynamique de l'estomac, par ENRIQUE DE ARGAEZ. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — De la dilatation de l'estomac et de son traitement, par le lavage stomacal et les alcalins, par L. SOULIGOUX. (In-8°, *Paris*.) — Des accidents tétaniformes dans la dilatation stomacale, par LAPREVOTE. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — L'ulcère de l'estomac, par D. MATTEI. (*Lo Sperimentale*, mars 1883, p. 243.) — De la galvanisation directe de l'estomac, par BARDET. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 juin.) — Sur les végétations polypiformes de l'estomac, par BRUNEAU. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — De la suppression de l'urine dans la perforation de l'estomac par suite d'ulcération stomacale, par W. SEDGWICK. (*Brit. med. Journ.*, 16 février, p. 313.) — Cas d'ulcère avec perforation de l'estomac. Autopsie, par A. CAMPBELL. (*Brit. med. Journ.*, 2 février.) — Du traitement de l'ulcère simple de l'estomac, par DEBOVE. (*Société méd. des hôpitaux*, 7 mai.)

F

Ferment. — Observations critiques sur l'emploi des filtres de plâtre, pour vérifier les liquides à ferment, par P. CAZENEUVE. (*Lyon méd.*, 27 juillet.)

Fièvre. — Les courbatures fébriles et leur traitement, par ÉLOY. (*Union médicale*, 24 mai.)

Fièvre intermittente. — Quelques cas de fièvre intermittente à Londres, par DONKIN. (*Med. Times*, 5 juillet.) — De la fièvre intermittente pneumonique, par BACELLI. (*Rivista clinica e terapeut.* février.) — Contribution à l'étude de l'étiologie de la malaria, par COLE NEWTON. (*Med. News*, 5 juillet.) — Ac-

tion comparée des bains et des douches dans l'impaludisme, par DEJEANNE. (*Ann. d'hydrol. méd.*, t. XXIX.)

Fièvre jaune. — Géographie des épidémies de fièvre jaune, par H. BOURRU. (*Bordeaux*, 1883.) — Étude expérimentale sur la contagion de la fièvre jaune, par DOMINGOS FREIRE. Rapport de ROCHARD. (*Bullet. de l'Acad. de méd.*, 2e série, t. XIII, n° 19.) — Traitement rationnel, curatif et préventif de la fièvre jaune, par CHABASSU. (In-8°, 72 pages, *Brest.*)

Foie. — Du développement du foie, par VAUTHIER. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — De la localisation des alcaloïdes dans le foie, par BALTUS. (*Journ. des sc. méd. de Lille.*) — Essai historique sur l'affection calculeuse du foie, depuis Hippocrate jusqu'à Fourcroy et Pujol (1801), par MULEUR. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Observation d'un foie flottant, par ARINI. (*Anales del cerculo med. Argentino et London med. Record*, 15 avril.) — De l'influence de la congestion chronique du foie dans la genèse des maladies, par POUCEL. (*Paris.*) — De l'ictère spasmodique, par MENDIBOURE. (*Thèse de Paris* 30 juillet.) — Rupture du foie à symptômes insolites, par ERN. COLVILLE. (*Barth. hosp. Reports*, t. XIX, p. 203.) — Des relations des péritonites avec les cirrhoses atrophique, hypertrophique, graisseuse, par HUSSON. (*Thèse de Paris*, 4 juillet.) — Des paralysies dans le cours de la colique hépatique, par BOURDICHON. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Sur la cirrhose graisseuse, par BELLANGÉ. (*Thèse de Paris*, 12 juin.) — Observation d'abcès périhépatique, par BRUEN. (*Boston med. and surg. Journ.*, 1er mai.) — Ictère catarrhal, datant de dix mois, guéri par l'électricité, par WILHEIM. (*Wien. med. Presse*, n° 44, 1883.) — Colique hépatique suivie d'abcès. Guérison par LINK. (*Wien. med. Woch.*, n° 38, 1883.) — Abcès du foie consécutif à la dysenterie, par PIMSER. (*Wien. med. Woch.*, n° 42, 1883.) — Épithélioma cylindrique du rectum et du foie, purpura, examen microscopique de l'éruption, par JARDET. (*Soc. anat.*, 23 nov. 1883.) — Observation de rupture du foie, par DRAPER. (*Boston med. and surg. Journ.*, 10 avril.) — Kyste du foie guéri par incision antiseptique et suture pariétale, par W. EDDOWES. (*Brit. med. Journ.*, p. 410, mars.)

Forceps. — Un nouveau forceps obstétrical, par W. SCHUYLER. (*New York med. Journ.*, p. 271.)

Fracture. — Des fractures chez les syphilitiques, par GELLE. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Fracture comminutive de l'os frontal, avec perte de la substance cérébrale, guérison complète sans paralysie, par HAMILTON et KING. (*British med. Journ.*, p. 995, mai.) — Fracture du col du fémur, avec persistance anormale des mouvements pendant treize jours, mort, autopsie, par BERTHOD. (*Gaz. méd. de Paris*, 28 juin.) — De l'extension continue avec demi-flexion dans le traitement des fractures du corps du fémur, par ARAMI. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Fracture du corps du fémur, mort rapide, carcinose viscérale, par VALUDE. (*Soc. anat.*, 18 janvier.) — Coïncidence, chez le même sujet, de la rupture du tendon rotulien et d'une fracture transverse de la rotule, par GAIRDNER. (*Edinb. med. Journ.*, p. 805, mars.) — Fracture cunéiforme de l'extrémité supérieure du tibia, par PICQUÉ (*Soc. anat.*, 28 déc. 1883.)

G

Gale. — Du sulfure de calcium liquide, dans le traitement de la gale, par E. M. Dolan. (*Brit. med. Journ.*, 9 février.)

Gangrène. — Sur un cas de gangrène spontanée chez un homme atteint de diabète phosphatique, par Cerné. (*Assoc. francaise, Rouen*, 1883.) — Asphyxie locale des extrémités chez une femme athéromateuse, par L. Bouveret. (*Lyon. méd.*, 8 juin.) — Gangrène du prépuce et des bronches chez un homme de 32 ans par P. Wagner. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 27, p. 431, 7 juillet.)

Gastrotomie. — Cancer de l'œsophage : gastrotomie, par W. Edmund. (*Brit. med. Journ.*, p. 558. mars.)

Génitaux (Org.). — Quelques accidents de l'atrésie congénitale au prépuce et de leur traitement, par Piussan. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Anomalie des organes génitaux mâles, infantilisme, par Binet. (*Soc. anat.*, 7 décembre 1883.) — Traitement des végétations des organes génitaux par l'acide chromique, par Cadell. (*Edinb. med. Journ.*, p. 900, avril 1883.) — Vice de conformation des organes génitaux chez un garçon : communication du rectum avec la portion membraneuse de l'urèthre et issue des fèces par le pénis, par William Craig. (*Edinb. med. Journ.*, p. 800, mars.)

Genou. — Comment disparaît la déviation en dehors de la jambe dans le genu valgum par le mouvement de flexion du genou, par Pollosson. (*Lyon méd.*, 11 mai.)

Géographie médicale. — La colonisation scientifique et les colonies françaises, par Bordier. (In-8°, 506, p. *Paris*). — Victoria et l'île de Tamarin comme séjour pour les phtisiques et les sujets atteints d'affections pulmonaires, par Barrett. (*Med. Times*, 9 août.) — Leçon clinique sur la diarrhée des tropiques, par Joseph Fayrer. (*Brit. med. Jour.*, p. 1031, mai.) — Du traitement des maladies tropicales dans les climats tempérés par Méricourt et Corre. (In-8°, *Paris*.)

Glaucome. — Du dernier travail de Jacobson sur le glaucome, par Mauthner. (*Wien. med. Woch.*, n° 47, 1883.)

Glycose. — De l'assimilation du maltose, par Dastre et Bourquelot. (*Acad. des sciences*, juin.)

Grippe. — Contribution à l'étude de la grippe, par Chauveau. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.)

Grossesse. — De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares jeunes, par Peyrat. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées par Courtade. (*Thèse de Paris*, 1er août.) — De la situation de la vessie pendant les premières phases de la grossesse, par Halliday Croom. (*Edinb. med. Journ.*, 882, avril 1883. — Note sur l'emploi des eaux minérales pendant la grossesse, par Nicolas. (*Union médicale*, 10 juin.) — Observation de grossesse compliquée de fibromes utérins par Richardson. (*Boston med. and surg. Journ.*, p. 39, 10 juillet.) — Étude sur quelques cas de malformations utérines au point de vue de la grossesse et de l'accouchement par Humbert. (*Thèse de Paris*, 14 juin.)

— Grossesse extra-utérine, par J. Emerson. (*New York med. Journal*, p. 130.) — Un cas de grossesse tubaire, rupture de la paroi de l'oviducte, hémorragie foudroyante dans la cavité abdominale, grossesse de deux mois, mort, par Skinner. (*Soc. anat.*, 4 janvier.)— Des causes de mort intra-utérine du fœtus, par Leuf. (*New York med. Journal*, p. 393.) — Kyste fœtal de la grosseur d'une tête d'enfant contenant un embryon long de 1 centimètre, porté pendant 13 mois, par Broese. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 23, p. 362, 9 juin.)—Cas de grossesse extra-utérine, par W. Dunnelt Spanton. (*Brit. med. Journ.*, 12 janvier.) — Grossesse extra-utérine, par Alderson. (*Med. Times*, 12 juillet, p. 57.) — Observation de grossesse extra-utérine par J. Matthews Duncan. (*Saint-Barth. Hosp. Rep.*, XIX, p. 27.)

H

Helminthes. — Du filaire de Médine au point de vue médical, par Mosler. (*Wien. med. Presse*, n° 45, 1883.)

Hémoglobinurie. — Sur la pathologie de l'hémoglobinurie *a frigore*, par G. Zeni. (*Il Morgagni*, 1883, n° 8, p. 497.)

Hémorragie. —Hémorragies successives, hémophilie, par Hernandez. (*Thèse de Paris*, 18 juin.) — Des hémorragies ombilicales chez le nouveau-né, par J. Gibb. (*New York med. Journ.*, p. 482.) — Relation médico-légale d'un cas de mort par hémorragie de la temporale superficielle due à un coup de bouteille, par Keith-Norman-Macdonald. (*Edinb. med. Journ.*, p. 727, février.) — Méthode d'ischémie dans les amputations et résections de la hanche, par Lloyd. (*Lancet*, 26 mai 1883.)

Hernie. — Traité pratique des hernies, par Warren. (2e éd. *Londres.*) — Hernie traumatique, par Guermonprez. (*Gaz. des hôpit.*, 14 juin.) — Réduction des hernies étranglées par l'électricité, par Lew, Koltchewsky, Voloshkevitch. (*Vratch*, nos 24 et 29, 1883.) — Deux cas de hernie étranglée réduite par les irrigations d'éther, par Krasorsky. (*Vratch*, n° 29, 1883.) — Extirpation heureuse d'un myome contenu avec l'ovaire dans une hernie inguinale droite, par B. Schmidt et Saenger. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 25, p. 400, 23 juin.) — Deux cas de hernie en bissac, par Golding Bird. (*Clin. Soc.*; *Med. Times.*, 31 mai.) — Hernie crurale étranglée chez une vieille femme de 87 ans. Opération ; guérison, par Edg. Underhill. (*Brit. med. Journ.*, p. 813, avril.) — Opération de hernie ombilicale étranglée, suivie de guérison, chez un malade âgé de 68 ans, par Trevor-Fowler. (*Brit. med. Journ.*, p. 555, mars.) — Note sur la cure radicale des hernies, par M. Banks. (*Med. Times*, 5 juillet.) — Cure radicale des hernies, par Edwards. (*Med. Times*, 12 juillet, p. 57.) — Sur la cure radicale des hernies par la suture du péritoine et la suture intercolumnaire, par W. Stokes. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 97, février.) — Sur la cure radicale des hernies par la méthode de Spanton, par Arthur Heve. (*Edinb. med. Journ.*, p. 118, août 1883.) — Deux cas de kélotomie avec opération de cure radicale, par J. Attygalle. (*Med. Times*, 34 mai.)

Herpès. — Cas de dermatite herpétiforme aggravée par la grossesse et une menstruation irrégulière, par Duhring. (*Med. News*, 19 juillet.) — Contribution à l'étude des endermoses ou affections herpétiques internes, par N. Gueneau de Mussy. (*France médicale*, 29 mars.)

Histologie. — De l'éléidine et de la répartition de cette substance dans la peau, la muqueuse buccale et la muqueuse œsophagienne des vertébrés, par L. Ranvier. (*Archiv. de phys.*)

Hôpital. — Histoire de l'hôpital d'Auxonne, par Bizouard. (In-8°, *Dijon.*) — Notice historique sur les hôpitaux de Chalon-sur-Saône avant 1789, par Batault. (In-8°, 481 p., *Chalon-sur-Saône.*)

Hoquet. — Cas de hoquet persistant guéri par l'hydrate de chloral, par G. C. Kingsbury. (*Brit. med. Journ.*, 19 janvier.)

Hydatides. — Des kystes hydatiques de la base du crâne, par Odile. (*Thèse de Paris*, 2 août.) — Hydatides du foie, par Rossoni et Marioti. (*Riv. clin. e terap.*, février.) — Hydatides du foie éliminées par l'anus, par H. Lewis Jones. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XIX, p. 315.) — Kyste hydatique du foie, mégalosplénie par gêne circulatoire, compression du canal cholédoque, cirrhose et cholémie par rétention, mort, par Dauchez. (*Soc. anat.*, 4 janvier.) — Sur l'élimination simultanée des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires et dans la cavité thoracique, par Reymondon. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Hydatides des replis de Douglas extraites par le vagin chez une femme qui, 4 ans auparavant, avait déjà subi la laparotomie pour des tumeurs analogues, par Schrœder. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 23, p. 362, 9 juin.)

Hygiène. — Le système moderne d'éducation est nuisible à la santé, par Johnson-Martin. (*Brit. med. Journ.*, 16 février.) — De l'hygiène des écoles nationales d'Irlande, par Ch. Cameron. (*The Dublin Journ. ot med. sc.*, p. 120, février.) — Des positions à l'école, leur influence sur le développement physique, par Noble Smith. (*Med. Times*, 9 août.) — Comment il faut construire les sièges dans les écoles, par E. C. Snellen. (*Brit. med. Journ.*, 16 février, p. 310.) — Ce qu'il faut faire pour rendre nos habitations salubres, par J. W. Lowndes. (*Brit. med. Journ.*, 16 février, p. 310.)

Hystérie. — Des différentes phases de l'hypnotisme et en particulier de la fascination, par Brémaud. (In-8°, *Versailles.*) — De la contraction dans la catalepsie, par Brémaud. (*Soc. de biolog.*, 12 janvier.) — Sur les conditions favorables à la production de l'hypnotisme, par Brémaud. (*Soc. de biolog.*, 22 mars.)—Sur l'origine du mot magnétisme animal, par Ch. Richet. (*Soc. de biol.*, 17 mai.) — De quelques effets des excitations périphériques chez les hystéro-épileptiques à l'état de veille et d'hypnotisme, par Magnin. (*Thèse de Paris*, juillet.) — Manie hystérique ; athérome de la carotide interne gauche, thrombose des artères de la base du cerveau, ramollissement cérébral consécutif, par W. Kesteven. (*Brain*, p. 562, janvier 1883.) — Simulation thermique chez une hystérique, par du Castel. (*Société méd. des hôpitaux*, 7 mai.) — Hystérie et vitiligo, par Lepidi Chioti. (*Il Morgagni*, mars 1883, p. 165.) — Observation d'accès de suffocation d'oririgine hystérique (?) par W.-H. Russell. (*Brain*, p. 378, octobre 1883.) — Eveil d'un état de mal hystéro-épileptique à la suite d'une opération chirurgicale avec anesthésie, par Valude. (*France médicale*, 22 janvier.) — Observation d'hystéro-épilepsie, par W. Dobie. (*Brain*, p. 394, octobre 1882.)

I

Idiotie. — L'idiotie, par J. Weiss. (*Wien. med. Woch.*, n° 40, 1883.)

Inhalation. — Sur les principes de construction des salles d'inhalation dans les affections pulmonaires, par A. Hill Hassall. (*Brit. med. Journ.*, 12 janvier.) — Phtisie pulmonaire traitée par les inhalations antiseptiques, par Burney Yeo. (*Ibid.*, 12 janvier.) — Des inhalations antiseptiques, par Solomon C. Smith. (*Ibid.*, 23 février.)

Injection. — De la médication hypodermique, ou des injections médicamenteuses sous-cutanées chez les nerveux et chez les aliénés, par Voisin. (*Assoc. française*, Rouen, 1883.) — Sur les injections médicamenteuses dans la trachée, par Bergeon. (*Assoc. française*, Rouen, 1883.) — Sur l'injection sous-cutanée de substances purgatives, par Albertoni. (*Lo Sperimentale*, 1883, vol. XLI, p. 531.)

Intestin. — Epithélioma de l'S iliaque, suppuration et perforation de la paroi abdominale, par Berkeley Hill. (*Med. Times*, 14 juin.) — Sur la pathogénie de l'hypertrophie du pylore, par P. Ferraro. (*Il Morgagni*, 1883, n° 6, p. 342.) — Typhlite et péritypblite, par Wheeler. (*Boston med. and surg. Journ.*, 1er mai.) — De l'ulcération intestinale avec hémorragie abondante, guérie par l'huile de ricin, par Hildyard Rogero. (*Brit. med. Journ.*, 16 février.) — Traitement des maladies intestinales par l'entéroclysme, par Gentile Casimiro. (*Il Morgagni*, 1883, n° 8, p. 520.) — Plaie par arme à feu intéressant le colon et la base du poumon gauche, guérison, par Kriekenbeck. (*Med. Times*, 20 juillet.) — De la résection de portions d'intestin, par Frederick Treves. (*Medico-chir. Trans.*, t. LXVI, p. 55.) — Résection d'une portion d'intestin comprenant une partie de la valvule iléocœcale, pour la guérison d'une fistule dans l'aîne droite, par Porter. (*Boston med. and surg. Journ.*, 15 mai.)

K

Kyste. — Des kystes séreux congénitaux du cou, par Baena. (*Thèse de Paris*, 4 juillet.)

L

Lait. — Le lait de vache comme véhicule des maladies infectieuses et épidémiques, par Thursfield. (*Med. Times*, 21 juin.)

Langue. — Abcès froid de la langue, ablation de la poche, réunion par première intention, par de Brun. (*France méd.*, 3 fév. 1883.) — Kyste sébacé volumineux sublingual, par J. Fleming. (*Brit. med. Journ.*, p. 558, mars.)

— Observation d'ulcère tuberculeux de la langue, par LAURENT. (*Lyon méd.*, 13 avril.) — Autre observation, par AUGAGNEUR. (*Ibid.*) — Relation des opérations faites sur la joue, la langue et le palais, par WILLIAM STOKES. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 337, nov. 1883.) — Notes sur le traitement chirurgical de l'épithélioma de la langue, par MORELLI. (*Riv. clin. e terap.*, mars.) — Epithélioma de la langue, ablation, alimentation par la sonde nasale, récidive; ablation par la région sus-hyoïdienne, mort par asphyxie, par TUFFIER. (*Soc. anat.*, 18 janv.) — Extirpation d'une langue cancéreuse par la méthode de Langenbeck et le thermo-cautère, guérison apyrétique, par DOUTRELEPONT. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 23, p. 364, 9 juin.)

Laparotomie. — Observation d'adhérence des intestins en arrière de l'utérus, douleurs intenses, guérison par laparotomie, par LAWSON TAIT. (*Med. Times*, 19 juillet.). — Statistique des laparotomies pratiquées à Birmingham pendant l'année 1883, par THOMES SAVAGE. (*Brit. med. Journ.*, p. 453, mars.)

Larynx. — Méthode simple et peu coûteuse d'éclairage électrique pour la laryngoscopie, par SOLOMON SOLIS COHEN. (*Med. News*, 19 juillet.) — Des maladies du larynx, leur étude par la laryngoscopie et leur thérapeutique, par GOTTSTEIN. (In-8°, Vienne.) — Les maladies chroniques de la gorge et de la voix, hygiène et traitement, par FARGES. (In-8°, 108 pages, *Paris.*) — Du traitement de quelques affections laryngo-pharyngées (laryngites simples, diphtérie, etc.), par MASUCCI. (*Arch. ital. di laringologia*, III, fas. 4.) — Gastropathies dans le courant d'affections inflammatoires du larynx chez l'enfant, par EDOUARD LÖRI. (*Jahrb. für Kinderheilkunde.*) — De la valeur clinique des exsudations fibrineuses sur la muqueuse des voies aériennes supérieures, par BOSWORTH. (*Americ. laryng. Assoc.; Med. News*, 17 mai.) — Sept cas de guérison de croup laryngé par l'application de neige sur la gorge, par C. FIORE. (*Il Morgagni*, 1883, n° 6, p. 356.) — Cas de paralysie complète de la corde vocale gauche en abduction extrême suite de plaie du cou (par suicide), par SOLIS COHEN. (*Americ. laryng. Assoc.; Med. News*, 17 mai.) — Un cas de paralysie de la corde vocale gauche par compression du récurrent (anévrisme). Leçon de DE RENSI. (*Arch. ital. di laringologia*, III, fasc. 4.) — Épithélioma primitif du larynx, thyrotomie, récidive, mort, par MOURE. (*Rev. mens. de laryngolog.*, 1er juillet.) — Laryngite chronique ressemblant à de la syphilis ou à du cancer du larynx, autopsie. par HUNTER MACKENZIE. (*Edinb. med. Journ.*, p. 318, octobre 1883.) — Courtes considérations diagnostiques sur le cancer, la tuberculose et la syphilis du larynx, par RAMON DE LA SOTA Y LASTRA. (*Séville.*) — Polypes du larynx (papillomes) chez un enfant de cinq ans et demi, par DAUCHEZ. (*Soc. anat.*, 7 déc. 1883.) — Corps étrangers des voies aériennes, par W.-M. FUGUA. (*American practitioner*, mars.) — A propos d'un cas de trachéotomie pour tuberculose laryngée (difficulté de l'opération par suite du décollement de la muqueuse), par P. MASUCCI (*Arch. ital. di laringol.*, III, fasc. 4.) — Rétrécissement du larynx après la rougeole, trachéotomie, par HUNTER MACKENZIE. (*Edinb. med. Journ.*, p. 317, octobre 1883.) — Laryngotomie pratiquée *in extremis*, pour un œdème de la glotte, guérison, par FRANK MACKINNON. (*Ibid.*, p. 809. mars.)

Lithotritie. — Observation de lithotritie en deux séances prolongées, par BRODEUR. (*France médicale*, 1er janvier.)

Locomotion. — Analyse cinématique de la marche, par MAREY. (*Acad. des sciences*, 19 mai.)

Luxation. — Notes sur les luxations du pouce, par KELLY. (*The Dublin Journ.*

of med. sc., p. 385, mai 1883.) — Luxation du poignet, par JOHN COCHRANE. (*Edinb. med. Journ.*, p. 1008, mai.) — Luxation du poignet et fracture de l'extrémité inférieure du radius, par ROBERT GARDEN. (*Ibid.*, p. 865, avril 1883.) — Nouvelle méthode de réduction des luxations de l'épaule, par J.-E. KELLY. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 1, juillet 1883.) — Sur les luxations humérales compliquées de fracture à la partie supérieure de l'humérus, par OGER. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — Luxation sous-coracoïde de 'humérus, paralysie du grand dentelé, arthrotomie, par GERSTER. (*New York med. Journ.*, p. 390.) — De la luxation du pied avec version et torsion de l'astragale, par RICHARD BARWELL. (*Medico-chir. Transact.*, LXVI, p. 39.) — Deux cas de luxation de la hanche non réduite et deux cas avec réduction, par HENRI MORRIS. (*Ibid.*, LXV, p. 103.)

Lymphatiques. — Du lymphadénome des os au point de vue clinique, par PÉRIER. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — Tumeur volumineuse du muscle inférieur (varices lymphatiques), par FREDERICK TREVES. (*Brit. med. Journ.*, p. 1147, juin.)

M

Main. — Difformité congénitale de la main, ectrodactylisme et syndactylisme, par A. POST. (*Med. News*, 14 juin.) — Deux cas de doigt à ressort et leur mécanisme, par REHN. (*Cent. f. Chir.*, n° 16.) — Du doigt à ressort, par MARCANO. (*Progrès médical*, 19 avril-10 mai 1884.) — Le doigt à ressort, par NOTTA. (*Union médicale*, 29 mai 1884.) — De l'origine nerveuse de la rétraction de l'aponévrose palmaire, par R. ABBE. (*New York Med. Journ.*, p. 436.)

Maladies professionnelles. — Des maladies professionnelles, par BRISTOWE. (*Med. Times*, 21 juin.) — Corps étrangers spéciaux aux ouvriers de la métallurgie, par FR. GUERMONPREZ. (*Journ. des Sc. médic. de Lille*, 1883.)

Malformation. — Malformation du moignon de l'épaule gauche, par A. WILLETT et J. WALSHAM. (*Medico-chir. Transact.*, LXVI, p. 145.) — Sur une bifidité du gros orteil de variété anormale, par CERNÉ. (*Assoc. française*, Rouen, 1883.) — Absence congénitale de la moitié gauche du diaphragme, par FERGUSON. (*New York med. Journ.*, p. 426.) — Absence du vagin, de l'utérus et des ovaires, par FRISSELL. (*Med. News*, 31 mai, p. 658.) — Description d'un fœtus sans reins et sans utérus avec autres anomalies, par COEN. (*Annal. univ. di med. e chir.*, janvier.) — Pseudo-hermaphrodite mâle, par POZZI. (*Soc. de Biol.*, 26 janvier.) — Pseudo-hermaphrodismus externus masculinus completus, par K. HENRICHSEN; avec figures. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd.* XCIV, *Heft* 2, p. 211.)

Mamelle. — Etude sur la température locale du sein après l'accouchement, par CHATELET. (*Thèse de Paris*, 9 juillet.) — De la maladie de Paget, ou dermatite papillaire maligne du sein, par S. SHERWILL. (*Am. Journ. of the Med. Sc.*, p. 170.)

Médecine (*Histoire*). — La médecine arabe en Algérie, par BEN LARBEY. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.)

Médecine légale. — De la criminalité en France et en Italie, par A. BOURNET. (In-8°, 157 pages, *Lyon*.)

Médecine militaire. — De l'emploi de la navigation fluviale pour le transport

des malades et des blessés, par KIRCHENBERGER. (*Der militärartzl.*, n° 6.) — Les habitations du soldat au point de vue hygiénique, par ULMER. (*Ibid.*, n° 5.) — De la projection des étoupilles et des blessures qui en sont habituellement la conséquence, par FOURNIÉ. (*Arch. de méd. mil.*, t. III, p. 386.) — La ration du soldat en Suède. (*Tidskrift i militär helsovard, analysé in. Ibid.*, t. III, p. 393.) — De la simulation des troubles de l'audition, par DEWERNY. (*Deutsche milit. Zeitsch.*, 1883.) — Simulation de l'aliénation mentale, par KOSTER. (*Irrenfreund*, 1883, n° 10.) — La chirurgie de guerre d'Abulcasis, par H. FRŒLICH. (*Archiv. für klin. Chir.*, t. XXX, p. 364.) — Projet de voiture-tente, par SCHAFFER. (*Der militärartzt*, n°s 6 et 7.) — Une proposition de chirurgie d'armée (modèle de paquet du soldat), par L. VON LESSER (*Centralb. für Chirurgie*, n° 7.) — Coup de feu ayant détruit en grande partie les lobes antérieurs du cerveau avec conservation complète pendant dix jours de la motilité, de la sensibilité, de l'intelligence et du langage (observation très intéressante), par DEMANDRE. (*Arch. de méd. mil.*, p. 329.) — Coup de feu de la poitrine; pyo-pneumothorax, empyème; guérison, par LEMOINE. (*Arch. de méd. mil.*, t. III, p. 303.) — La chirurgie antiseptique et ses applications en campagne, discussions à la Société de médecine militaire de Woolwich. (*Brit. med. Journal*, 23 février.) — Histoire médicale et chirurgicale de la guerre de Sécession, par DELORME. (*Arch. de méd. mil.*, t. II, p. 455; t. III, p. 14, 74.) — Cas d'ossification aiguë du brachial antérieur chez un soldat, par RASMUSSEN. (*Schmidt Jahrb.* 1883, n° 9, p. 279.) — Note sur le traitement des fractures compliquées de plaies, par ROBERT (préconise l'appareil de Berger). (*Arch. de méd. mil.*, t. III, p. 112.) — Des accidents par armes à feu au tir à la cible chez les marqueurs, par GRANJUX et DUBOIS. (*Ibid.*, t. III, p. 115.) — Statistique médicale de l'armée belge. (Un vol. in-4°. *Bruxelles*, 1883.) — De la fréquence et de la gravité des blessures par baïonnette dans les guerres modernes, par PRAHL. (*Deutsche milit. Zeitsch.*, 1883, p. 368.) — Aide-mémoire du médecin auxiliaire de l'armée, par CHASSAGNE. (Un vol. in-18. *Paris.*) — Nouvelles recherches relatives à la taille, au périmètre thoracique et au poids du corps. (*Arch. méd. belges*, 1883, n° 2.) — Rapport sur le transport des blessés à dos d'homme. (*Deutsche mil. Zeitsch.*, 1884, p. 36.) — Blessure du cœur par coup de couteau avec survie de 32 jours, par DELMAS. (*Arch. de méd. mil.*, t. III, p. 211.) — Etudes sur le recrutement dans l'Isère, par R. LONGUET. (*Lyon méd.*, 13 juillet.)

Méninge. — Hémorragie méningée chez une jeune fille de 13 ans, par MALENT. (*Gaz. des hôpit.*, 10 juin.)

Menstruation. — De la physiologie et de la pathologie de la menstruation, par A. WILTSHIRE. (*Brit. Med. Journ.*, 9 février.)

Moelle. — De l'influence des lésions de la partie inférieure de la moelle sur les processus de nutrition, par KOSTIOURINE. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Influence de la moelle épinière sur la composition du sang et sur la nutrition, par QUINQUAUD. (*Soc. de Biol.*, 24 mai.) — Irritation spinale et neurasthénie, par LIEBMANN. (*Boston med. and surg. Journ.*, 15 mai.) — Discussion sur les manifestations oculaires dans les maladies de la moelle, par EDMUNDS GOWERS et GUNN. (*Trans. of the ophth. Society*, III, p. 233 et 259.) — Névrite optique aiguë associée avec une myélite aiguë, par SHARKEY. (*Med. Times*, 14 juin, p. 812.) — Paralysie ascendante aiguë terminée par la guérison, par H. VON WYSS. (*Corr. Bl. f. Schw. Aerzte*, 1er avril.) — De quelques accidents spinaux déterminés par la présence dans la moelle d'un ancien foyer de myélite infantile, par G. BALLET et DUTIL. (*Rev. de méd.*, janvier.) — Deux cas de paralysie spinale antérieure

chez l'adulte, par Béchard. (*Arch. de méd. mil.*, t. III, p. 353.) — Sclérose insulaire des colonnes postérieures de la moelle, par Pepper. (*Boston med. and surg. Journ.*, 3 avril.) — Cas d'affection chronique de la moelle épinière, suivi de guérison, par A. Marina. (*Lo Sperimentale*, avril 1883, p. 399.) — Sur la marche et la durée de l'ataxie locomotrice, par Lucas. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — De l'incoordination, par Charles Mercier. (*Brain*, p. 78; avril 1883.) — Du mal perforant dans la période préataxique du tabes, par Delay. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Des troubles trophiques de la période préataxique du tabes spécifique, par Portalier. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Deux cas d'ataxie locomotrice avec arthropathie, par J.-A. Ormerod. (*Brain*, p. 250; juillet 1883.) — Sur les différents degrés d'altérations anatomiques des cordons médullaires postérieurs considérés dans leurs rapports avec la curabilité de l'ataxie locomotrice, par Desnos. (*Union médicale, in Soc. méd. des hôpit.*, 29 septembre 1883.) — Ataxie héréditaire avec dégénérescence des faisceaux postérieurs de la moelle; adolescent de 16 ans, par J. Teissier. (*Lyon méd.*, 11 mai, p. 45.) — Sclérose en plaques et maladies infectieuses, par Marie. (*Progrès médical*, 12-19 avril, 3-10 mai 1884.) — Paralysie atrophique bulbo-spinale, par Hughes Bennett. (*Brit. med. Journ.*, p. 447, mars.) — Leçons sur la sclérose de la moelle épinière, par Julius Althaus. (*Brit. med. Journ.*, p. 893, mai.) — La maladie de Friedreich (ataxie héréditaire), par Longuet. (*Union médicale*, 18 mai.) — Nature du phénomène du genou, par Schreiber. (L'auteur conclut avec Erb qu'il s'agit d'un phénomène réflexe, contrairement à Westphal qui en fait un phénomène musculaire.) (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 22, p. 351, 2 juin.) — Sur les lésions des tubes nerveux de la moelle épinière dans la sclérose en plaques, par Babinski. (*Acad. des sc.*, 9 juin.) — Un cas de myélopathie aiguë, à marche ascendante, rappelant la paralysie ascendante aiguë. Syphilis datant de cinq ans; poussées répétées de purpura aux jambes; douleurs pseudo-rhumatismales dans les membres inférieurs; parésie motrice des jambes, puis des bras, avec affaiblissement rapide des réflexes, anurie, mort brusque par syncope, par Barth. (*France médicale*, 17 avril.) — Tabes, anesthésie faciale, dysesthésie linguale, sialorrhée, toux, par Watson. (*France médicale*, 15 mars.) — Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice; paralysie des nerfs moteurs de l'œil, par Galezowski. (*Gaz. des hôpit.*, 22 mai.)

Monstre. — Monstre acéphale, par Brown. (*Med. News*, 14 juin, p. 702.)

Muscle. — Des secousses musculaires, par Colaneri. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — Note sur les sensations de contraction musculaire, par Bloch. (*Soc. de biol.*, 19 janvier.)

Mycose. — L'actinomycose ou maladie de Rivolta, revue générale, par A. Bianchi. (*Lo Sperimentale*, mars 1883, p. 287.)

Myopie. — Sur la pathogénie de la myopie, par Förster. (15e *Congrès des ophtalmol., Heidelberg*,, 1883.)

Myxœdème. — Leçon sur le myxœdème, par Edes. (*Boston med. and surg. Journ.*, 24 avril.) — Observation de myxœdème, par Hartmann. (*France médicale*, 17 juin.) — Cas de myxœdème avec autopsie, par J. Allan. (*Brit. Med. Journ.*, 9 février.)

N

Nerf. — Contribution à l'étude des vaso-moteurs, par Karline. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Les vaso-moteurs, par Dastre et Morat. (*Rev. scientif.*, 12 juillet.) — Sur l'origine corticale du facial inférieur, par Raymond. (*Gaz. méd. de Paris*, 31 mai.) — Électrisation cervicale des nerfs pneumogastriques et grands sympathiques, jointe à la compression simultanée des deux carotides, par L. Corning. (*New York med. Journ.*, p. 212.) — Un cas de mort subite due à la compression d'un pneumogastrique enflammé, par H. Chapin. (*Ibid.*, p. 294.) — Des œdèmes d'origine nerveuse, par Artus. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Compression du nerf médian par un cal vicieux de l'extrémité inférieure du radius, par Leclerc. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Des névralgies chez les tuberculeux, par F. Dreyfous. (*France méd.*, 29 mai.) — Les névralgies réflexes d'origine dentaire, par Ferrier. (*Thèse de Paris*, 1er août.) — Mal perforant du pied, consécutif à une névrite sciatique produit par une injection interstitielle d'éther, par Barbier. (*Union médicale*, 8 mai.) — Traitement chirurgical de la névralgie rebelle et d'origine périphérique du nerf dentaire inférieur, par Ricoux. (*Thèse de Paris*, 1er août.) — Trois cas de résection ostéoplastique du maxillaire supérieur, dans la prosopalgie, par Arpad Gerster. (*New York med. Journ.*, p. 38.) — Sarcome du creux poplité siégeant dans le nerf sciatique, résection du nerf, par Tuffier. (*Soc. anat.*, 4 janvier.) — Des injections de nitrate d'argent dans la sciatique, par Luria. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Trophonévroses, par Leloir. (*Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVI.) — Observation de migraine épileptiforme, par Clifford Albutt. (*Brain*, p. 246, juillet 1883.) — Leçons sur les névroses viscérales, par Clifford Albutt. (*Brit. med. Journ.*, p. 495, mars.)

Nez. — Du catarrhe des voies respiratoires, catarrhe nasal aigu. Traitement par Burney Yeo. (*Med. Times*, 7 juin.) — Les maladies des enfants au Mont-Dore, hyperémie et inflammation de la muqueuse nasale, catarrhe chronique du nez, par Joal. (*Broch. Paris.*) — De l'action pathogénique des irritations de l'appareil sexuel sur les affections nasales, par J. Mackenzie. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, p. 360.) — Du coryza caséeux, par Cozzolino. (*Broch. Florence.*) — Note sur la pathogénie et le traitement de l'ozène, par Fasano. (*Broch.*, *Naples*, 1883.) — Valeur comparée du galvanocautère dans les maladies du nez et des cavités pharyngées, par Shurley. (*Americ. laryng. ass.; Med. News*, 24 mai.) — Dégénérescence amyloïde et hyaline de la muqueuse nasale chez le cheval, par Paul Grawitz. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.* Bd XCIV, Hft. 2. p. 279.) — Note sur les végétations adénoïdes de la voûte du pharynx nasal, par Bev. Robinson. (*Med. News*, 24 mai, p. 622.) — Myxome naso-pharyngien (fille de 18 ans, pas d'hémorragie, point d'implantation à l'orifice postérieur de la fosse nasale), par Gangolphe. (*Lyon méd.*, 11 mai.) — Extirpation des fibromes naso-pharyngés par le galvano-cautère ou le serre-nœud, par J. Ingals. (*Chicago med. Journ. and Examiner*, juin.)

Nouveau-né. — De la viabilité du nouveau-né. A propos de l'hydrocéphalie anencéphalique, par Rivet. (*Progrès médical*, 7 juin 1884.) — Rappel à la vie d'un nouveau-né au bout de trois quarts d'heure d'insufflation, par A. Bruce. (*Edinb. med. Journ.*, p. 971, mai 1883.) — Tumeur ganglion-

naire du cou chez un nouveau-né prise pour une trachéocèle, par PENNEL et LEPRÉVOST. (*France méd.*, 27 mai.)

Nutrition. — Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique, par MAIRET. (In-8°, *Paris.*)

O

Obstétrique. — De la fécondation artificielle, par LE BLOND. (*Ann. d'hyg. publ.*, janvier.)

Occlusion intestinale. — Deux cas de laparotomie pour une occlusion intestinale, par HOMANS. (*Boston med. and surg. Journ.*, 14 février.) — Invagination et prolapsus du gros intestin dans le rectum, résection d'un fragment de 76 centimètres; guérison, par MIKULICZ. (*Wien. med. Presse*, n° 50, 1883.) — De la valeur séméiologique et thérapeutique du taxis abdominal dans l'étranglement interne, par HENROT. (*Assoc. française*, Rouen, 1883.) — Enquête sur l'obstruction intestinale (14 cas), par D. WEBSTER. (*New York med. Journ.*, p. 418.) — Occlusion intestinale causée par un rétrécissement de l'intestin grêle, établissement d'un anus contre nature, par P. BERGER. (*Soc. anat.*, 4 janvier.) — Laparotomie pour un étranglement interne, résection de trois pouces d'intestin; mort, par MORISANI. (*Riv. int. di med.*, mars.) — De la laparotomie dans l'invagination intestinale, par BEKLEWSKI. (In-8°, *Dorpat*, 1883.) — Occlusion intestinale, gastrotomie. Troubles provoqués par l'excitation du grand sympathique; mort, par BLONDEAU. (*France médicale*, 23 février.) — Occlusion intestinale guérie par un lavement électrique, par POUPON. (*France méd.*, 5 juin.) — Invagination de l'intestin grêle chez une femme de 71 ans. Evacuation de la partie invaginée; guérison, par SUSS. (*France méd.*, 15 mars.)

Œil. — La perception des différences successives de l'éclairage, par AUG. CHARPENTIER. (*Acad. des Sciences*, 15 juillet.) — Recherches sur la distinction des points noirs sur fond blanc, par CHARPENTIER. (*Arch. d'opht.*, mai.) — Sur la sensibilité visuelle, par PARINAUD. (*Acad. des Sciences*, 4 août.) — Nouvelles séries d'expériences sur la perception différentielle des couleurs, par CHARPENTIER. (*Acad. des Sciences*, 19 mai.) — Sur la similitude des couleurs, par DONDERS. (15e *Congrès des Ophtalmol.*, *Heidelberg*, 1883.) — De l'emploi des graphiques pour la notation du champ visuel, par FÖRSTER. (15e *Congrès d'Ophtal.*, *Heidelberg*, 1883.). — Encore un mot sur l'étude des couleurs, par DONDERS. (*Arch. f. Ophthal. Band* XXX, *Abt.* 1) — Études sur la pupille, par MAYER et PRIBRAM. (*Zeit. f. Heilk.* V. n° 1.) — État de nos connaissances sur les mouvements de la pupille à l'état physiologique ou pathologique, par QUAGLINO. (*Ann. di Ottalm.*, XIII, p. 115.) — De l'amplitude de convergence, par Mlle ELLABY. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Dessin représentant une disposition anormale d'une branche de l'artère centrale au niveau de la papille, par BENSON. (*Trans. of the ophthalm. Society*, p. 101.) — Un cas unique de persistance de l'artère hyaloïdienne et de coloboma de l'iris, par EVERSBUSCH. (15e *Congrès d'Ophtalm.*, *Heidelberg*, 1883.) — De la simulation de la cécité unilatérale, par C. SCHRŒDER. (*Berl. klin. Woch.*, 29 octobre 1883.) — Recherches ophtalmologiques dans les maladies mentales, par UHTHOFF. (15e *Congrès des Ophtal. all.*, *Heidelberg*, 1883.) — Des troubles des muscles de l'œil

dans les affections cérébrales et spinales, par H. Cornwell. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, p. 338.) — D'un nouvel instrument pour mesurer l'insuffisance musculaire, par Ferri. (*Ann. di Ottalm.*, XIII, p. 129.) — Nouvel ophtalmoscope à réfraction, par Berger. (*Wien. med. Woch.*, n° 51, 1883.) — Observation d'anatomie pathologique : 1° Examen anatomique d'une inflammation de la capsule de Ténon ; 2° cataracte osseuse ; 3° cataractes fibreuses avec développement des vaisseaux, par E. Berger. (*Bericht ü. die 15e Versamml. Opht. Gess., Heidelberg*, 1883.) — Un cas d'atrophie du nerf optique avec anomalie des veines sur les deux papilles, et difformité crânienne congénitale, par Vossius. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* mai.) — Cas d'ophtalmie sympathique grave absolument guéri, par Bowman. (*Trans. of the ophtalm. Society*, III, p. 69.) — Examen du nerf optique dans un cas d'amblyopie diabétique, par Edmunds et Lawfond. (*Trans. of. the opht. Soc.*, III, p. 160.) — De l'ophtalmie neuro-paralytique, par Klein. (*Wien. med. Presse*, n° 50, 1883.) — De l'ophtalmie sympathique, par W. Thomson. (*Med. News*, 19 juillet.) — Du traitement opératoire de la trichiasis et de l'entropion, par Donberg. (*Wiéstnik Ophtalmologuii*, janvier-février.) Sur une forme spéciale d'ophtalmomalacie, par Schmidt-Rimpler. (15e *Congrès d'Ophtalm., Heidelberg*, 1883.) — Trois cas d'irido-choroïdite métastatique d'un seul œil, dus : dans le 1er cas à une otite moyenne suppurée aiguë; dans le second à une double otite moyenne suppurée chronique; dans le troisième à la fièvre puerpérale. Guérison avec perte totale de l'œil dans les trois cas, par C. Kipp. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, p. 417.) — Contribution à l'étude du nystagmus, par Eversbusch. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, mars.) — Observation de paralysie du nerf moteur oculaire commun (14 cas bien analysés), par W.-J. Collins. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XIX, p. 277.) — Du trachome, et de l'étiologie de l'ophtalmie jéquiritique, par J. Andrews. (*New York med. Journ.*, 31 mai.) — Ophtalmie jéquiritique, par Hippel. (*Congrès d'Ophtalmol., Heidelberg*, 1883.) — Du jéquirity et de son emploi dans le traitement du trachome, par Agniel. (*Thèse de Montpellier*, n° 3.) — De l'utilité de la pratique de Credé pour la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés, par Felsenreich. (*Wien. med. Woch.*, n° 35, 1883.) — Prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés, par Königstein. (*Wien. med. Presse*, n° 38, 1883.) — Prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés, par Al. Russell Simpson. (*Edinb. med. Journ.*, p. 877, avril 1883.) — Traitement de l'ophtalmie purulente par l'acide phénique, par Burnham. (*The Med. News*, 14 juin, p. 707.) — Du traitement de quelques maladies des yeux par la cautérisation ignée, par Letellier. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — De l'extraction des corps étrangers métalliques de l'œil au moyen des électro-aimants, par Dufour. (*Revue médic. de la Suisse romande*, IV, 352, juin.)

Œsophage. — Corps étrangers du conduit pharyngo-œsophagien, par Grazzi. (*Broch., Milan.*) — Observation d'œsophagotomie pour l'extraction d'une pièce de 50 centimes. Guérison par F. Howell. (*Med. News*, 31 mai.) — Un cas d'œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage, par La Garde. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, p. 406.)

Orbite. — Cas de phlegmon primitif de l'orbite; mort, par Griffith. (*Opht. Review*, III, n° 31, p. 147.)

Oreille. — Étude sur la transmission du son par les os du crâne, par S. Sexton. (*New York med. Record.*, 28 juillet 1883.) — De l'état de l'ouïe dans les différentes conditions sociales, par E. E. Halt. (*Trans. of the amer. otol. Society*, 1883.) — Du rapport des affections de l'oreille avec le synchysis étincelant, par C.-J. Kipp. (*Trans. of the amer. otol. Soc.*, 1883.)

— Dans 6 cas de ce genre, il y avait diminution de l'ouïe. — Statistique de la clinique des maladies du nez et de l'oreille du Dr A. Hartmann, pour l'année 1883. (*Zeitschrift für Ohrenh.*, XXIII, p. 2 et 3.) — La surdité chez les écoliers, par J.-P. Norrel. (*Transact. of the amer. otol. Society*, 1883.) — La douleur d'oreille chez l'enfant, par Samuel Sexton. (*Med. Record.*, 5 mai 1883.) — Un cas de surdité totale passagère, par A. Magnus. (*Arch. für Ohrenh.*, XX, 171.) — De la relation supposée entre les maladies de l'oreille et du rein, par C. Burnett. (*New York med. Journ.*, p. 135.) — Diagnostic et traitement des maladies de l'oreille, par Pomeroy. (In-8°, *New-York.*) — Otite moyenne suppurée causée par une douche nasale, par Thiry. (*Berl. klin. Woch.*, 26 novembre 1883.) — Surdité dépendant des maladies de l'oreille moyenne, par Langmaid. (*Med. News*, 24 mai, p. 623.). — Otorrhée chronique, apparition soudaine de symptômes cérébraux devenus rapidement mortels par thrombose des sinus, par L. Sansom. (*Med. Times*, 21 juin.) — Contrib. au diagnostic des maladies de l'oreille interne, par Paladino. (*Riv. clin. e terap.*, *mars.*) — Otorrhée chronique : invasion soudaine de symptômes cérébraux. Mort rapide par thrombose des sinus, par Lane Sansom et Cokle. (*Brit. med. Journ.*, p. 1091, juin.) — Otite moyenne suppurée, abcès mastoïdien, œdème de la région cervicale frontale, des paupières avec enophtalmie, phlébite. Mort, pas d'autopsie, par W.-J. Martin. (*Philad. Med. Times*, août 1883.) — Otite moyenne suppurée avec infiltration lardacée de la région mastoïdienne et rétention de pus dans l'antre mastoïdien, par Jacoby. (*Arch. für Ohrenh.*, XX, p. 183.) — Otorrhée traumatique, avec symptômes d'affection centrale, amélioration partielle par une trépanation ; guérison complète par une large ouverture des cellules mastoïdiennes, par Alexander. (*Med. Times*, 2 août.) — Abcès des cellules mastoïdiennes, trépanation. Guérison, par Alexander. (*Ibid.*) — Leçon sur le traitement de l'otite moyenne suppurée, par Roosa. (*New-York med. Journ.*, 19 mai 1883.) — Rupture traumatique du tympan par cause indirecte. — Otite moyenne suppurée consécutive, par Demoulin. (*Gaz. méd. de Paris*, 17 mai.) — Affection labyrinthique double survenue 15 minutes après un séjour de 30 heures dans une cloche à plongeur, par Moos. (*Rev. mens. de laryngol.*, 1er juillet.) — Lésion du labyrinthe, luxation et fracture de l'étrier par violence directe, par Burkner. (*Rev. mens. de laryngol.*, 1er juillet.) — Affection mastoïdienne : infection purulente. Perforation artificielle de l'os. Mort par suite de la pyémie, par C.-H. Burnett. (*Trans. amer. otol. Society*, 1883). — Un cas de vertige auriculaire guéri par la ténotomie du muscle du marteau, par Weber-Liel. (*Monatschrift für Ohrenh.*, n° 11, 1883.) — Ténotomie du tenseur du tympan, par Gruber. (*Monatschrift f. Ohrenh.*, n° 7, 1883.) — Indication et valeur thérapeutique de la myringotomie, par Litton Forbes. (*Brit. med. Journ.*, 27 octobre 1883.) — Deux cas de maladie de Ménière, par Alexandre Mac-Aldowie. (*Brain*, p. 255, juillet 1883.) — De la périostite aiguë de la région mastoïdienne, par Ménière. (*Rev. mens. de laryngol.*, 1er juillet.) — De la pseudo-méningite des jeunes sourds-muets (otopiésis pseudo-méningique), par Boucheron. (*Acad. des Sc.*, 2 juin.) — De l'hématome du pavillon de l'oreille, par Tétard. (*Thèse de Paris*, 12 juin.) — Cancer encéphaloïde ayant envahi l'apophyse mastoïde, le temporal et se manifestant sous forme d'un polype du conduit auditif chez un enfant de 4 ans. Triple ablation, récidive ; mort, par L. Turnbull. (*Philadelphia Med. Times*, 14 juillet 1883.) — Un cas d'épithélioma primitif du pavillon, par W. W. Seely. (*Trans. of the amer. otol. Society*, 1883.) La tumeur avait succédé à la morsure d'un rat. — Corps étranger de l'oreille, par Noquet. (*Rev. mens. de laryngol.*, 1er juillet.) — Extirpation des corps étrangers du conduit auditif, par Hemenway. (*The Med. News*, 28 juin.) — Un cas de démangeai-

son insupportable du conduit auditif sans lésion appréciable durant depuis 10 ans (Prurit de l'oreille), par S. Sexton. (*Medic. Record.* déc. 1883.) — Fait médico-légal de blessure de l'oreille, inculpation de simulation de surdité, par Bezold. (*Berl. klin. Woch.*, 1er octobre 1883.). — Modification à la méthode de Politzer, pour dilater l'oreille moyenne, par Macnaughton Jones. (*Brit. med. Journ.*, p. 850, mai.) — De la dilatation intermittente et progressive de la trompe d'Eustache, par Ménière. (*France médicale*, 24 janvier.) — Du massage dans les maladies de l'oreille, par Eitelberg. (*Wien. med. Presse.*, n° 26, 1883.) — Boroglycéride dans le traitement des catarrhes purulents de l'oreille moyenne, par Rosebrugh. (*The Med. News*, 14 juin, p. 709.) — Nouvel acoumètre, par Burchardt-Merian. (*Corr. Bl. f. sch. Aerzte*, 15 novembre 1882.)

Oreillon. — Orchite ourlienne atrophiante : complications cérébrales; aphasie légère mais prolongée, par Sorel. (*Arch. de méd. milit.* t. II, p. 429.) — De la récidive des oreillons, par Nimier. (*Arch. de méd.*, juillet 1883)

Organismes. — De l'atténuation des cultures virulentes par l'oxygène comprimé, par Chauveau. (*Acad. des Sciences*, 19 mai.)

Os. — Des altérations dans la structure des os après la section des nerfs, par Rasoumowski. (*Rousskaia Médicina*, n° 24.) — Des exostoses du creux sous-claviculaire, par Mesnard. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — Observations d'ostéite déformante, par Sir James Paget. (*Medico-chir. Trans.*, t. LXV, p. 225.). — De l'ostéoarthrite chronique du genou, par Salmon. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Enchondrome de la tête du péroné, amputation de la cuisse. Mort par érysipèle, par Gellé. (*Soc. anat.*, 21 décembre 1883.) — Sarcome myéloïde de l'extrémité inférieure du radius, par Denucé. (*Progrès médical*, 3 mai.) — Tumeur myéloïde ayant envahi toute la diaphyse de l'humérus, à la suite d'une fracture double de l'os, excision; mort, par Shirley-Deakin. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, p. 436.) — Ostéotomie pratiquée pour une déformation cagneuse des jambes, par Carmalt. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, p. 154.) — Ostéotomie pour ankylose de la hanche, par Poore. (*Med. News*, 7 juin.) — Deux ostéotomies pour genu valgum, suivies de guérison complète, par Biondi. (*Il Morgagni*, mars 1883, p. 199.)

Ovaire. — Des fluxions pleuro-pulmonaires réflexes d'origine utéro-ovarienne, par Potain. (*Assoc. française*. Rouen, 1883.) — Kystes dermoïdes des ovaires et simultanément kystes dermoïdes du péritoine, par Frænkel. (*Wien med. Woch.*, n° 28, 1883.) — Fibromyome de l'ovaire, ascite, ovariotomie. Guérison, par Hartmann. (*Soc. anat.*, 4 janvier.) — Kyste ovarique multiloculaire énorme, ovariotomie; guérison, par Terrier. (*Union médicale*,) 22 mai.) — Ovariotomie faite avec succès deux fois chez la même malade, par Batterham. (*Brit. Med. Journ.*, p. 812, avril.) — Ovariotomie, adhérences multiples, drainage ; guérison, par Douglas Kerr. (*Brit. med. Journ.*, p. 761, avril.) — Double ovariotomie : pédicule du kyste anormalement long et tordu sur lui-même. Guérison, par Milne Chapman. (*Edinb. med. Journ.*, p. 1086, juin 1883.) — Indications de l'extirpation précoce des tumeurs ovariques, par Irish. (*Boston med. and surg. Journ.*, 10 avril.) — L'ovariotomie, leçon, par Homans. (*Boston med. and surg. Journ.*, 10 avril.) — Ovariotomie double et hystérotomie ; guérison; mort 30 jours après, par A. Paci. (*Lo Sperimentale*, mars 1883, p. 268.) — Nécropsie d'une femme chez laquelle on avait pratiqué trois ans auparavant l'extirpation des ovaires et ligaments pour un myome, par Lawson Tait. (*Med. Times*, 2 août.

P

Pancréas. — Structure fine du pancréas, par Podvysotzky. (*Inaug. Dissert.*, Kieff, 1882.) — Cancer primitif de la tête du pancréas, par Dixon. (*New-York med. Journ.*, p. 333.)

Pansement. — Contribution au traitement des plaies par le sublimé, par Bolt. (*Thèse de Berne.*) — Sur les pansements antiseptiques, par Terrillon. (*Bull. gén. de thérap.*, 29 février.)

Paralysie. — Les paralysies par suggestion, par Binet et Féré. (*Revue scientif.*, 12 juillet.) — Paralysie double par les béquilles, par Vinay. (*Lyon méd.*, 22 juin.)— Paralysie radiale. Théorie de la compression, par Joffroy. (*Société méd. des hôpitaux*, 21 mai.) — Sur la paralysie progressive chez la femme, par G. Buccola. (*Lo Sperimentale*, 1883, vol. XLI, p. 598.) — Paralysie agitante, par Charcot. (*Gaz. des hôpitaux*, 3 juin.) — Leçon clinique sur la paralysie agitante, par Thomas Buzzard. (*Brain*, p. 473, 1882.) — Sur la paralysie spinale atrophique de l'enfance, par Hughes Bennett. (*Brain*, p. 289, octobre 1883.) — Des troubles trophiques dans la paralysie générale, par Ramadier. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — Manifestations oculaires survenant dans la paralysie générale, par Lewis. (*Trans. of the ophth. Society*, III, p. 204.) — Les prodromes de la paralysie générale, par J. Weiss. (*Wien. med. Woch.*, n° 49, 1883.)

Parotide. — Contribution à l'anatomie pathologique de la parotide et des glandes sous-maxillaires dans les maladies chroniques générales, par P. Stezenko. (*Thèse de SaintPétersbourg.*) — La compression du cou peut-elle avoir déterminé une parotidite avec sphacèle des parties molles? La relation n'est pas prouvée, par Maschka. (*Wien. med. Presse*, n° 41, 1883.)

Pathologie. — Eléments de pathologie chirurgicale, par Pepper. (In-8°, *Londres.*)

Paupière. — Du ptosis et en particulier de son traitement chirurgical, par la méthode de suppléance du muscle releveur de la paupière supérieure par le frontal, par Beauvois. (*Thèse de Paris*, 3 juillet.) — Traitement du trichiasis et de l'extraction par le procédé Hotz, par Giraud. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Chancre de la paupière supérieure avec adénopathie marquée, par J. Adams. (*Trans. of the ophtalm. Society*, III, p. 4.)

Pemphigus. — Du pemphigus aigu, gangréneux, par Lenhartz (obs. douteuse). (*Berl. klin. Woch.*, 13 novembre 1882.) — Hydroa pulsatile à répétition. Pemphigus terminal ; mort, par Dauchez. (*France méd.*, 5 février.)

Périnée. — Rupture du périnée. Suture avec drainage ; guérison, par Beltz. (*Gaz. des hôpitaux*, 14 juin.) — Nécessité de la périnéorrhaphie primitive, par C. Crandall. (*New York med. Journ.*, p. 121.)

Péritoine. — Remarques cliniques sur la péritonite, par Gairdner. (*Med. Times*, 5 juillet.) — Du carcinome du péritoine, par Mongird. (*Thèse de Paris*, 4 juillet.)

Pharmacologie.— Remarques sur le Codex de 1884, par Catillon. (*Bull. gén. de thér.*, 15 avril.) — Action de certains médicaments sur la muqueuse respiratoire, par L.-B. Petrone. (*Lo Sperimentale*, 1883, vol. LI, 614.— De

l'action physiologique des substances amères, par A. Fortounatoff. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Action de la morphine sur la circulation du sang, par A. Curci. (*Lo Sperimentale*, 1883, tome LI, p. 449.) — Sur l'action du curare, par Onimus. (*Soc. de Biol.*, 17 mai.) — Influence de la digitale sur le cours de la pneumonie croupale, par Neistab (*Rousskaia médicina*, n° 24.) — Action de la digitale dans les maladies du cœur, par Fleurot. (*Thèse de Paris*, 1er août.) — Effets narcotiques et sédatifs de la piscidia erythrina par Landowski. (*Assoc. française*, *Rouen*, 1883.) — Du chlorhydrate de pilocarpine, par Hoffert. (*Wien. med. Presse*, n° 45, 1883.)—Des kolas africains au point de vue botanique, chimique et thérapeutique, par Heckel et Schlagdenhauffen. (In-8°, *Paris*, 87. p.) — Contribution à la pharmacologie de la cantharidine, par Liachnizki. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — De l'action physiologique du bromure de conicine, par W. Oldeogué. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Recherches sur les propriétés thérapeutiques cliniques et physiologiques de l'hamamelis virginica, par Guy. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.)—Action paralysante de l'atropine modératrice du cœur, par François Franck. (*Soc. de Biol.*, 19 janvier.) — Sur la colchicine, par Zeisel. (*Acad. des Sciences*, 30 juin.) — De la colchicine cristallisée, par Houdès. (*Acad. des Sc.*, 9 juin.) — Du gelsemium sempervirens, par Davis. (*Chicago med. Journ. and Examiner*, juin.) — Note sur l'action physiologique de la kairine, par Brouardel et Loye. (*Soc. de Biol.*, 4 mai.) Note sur quelques expériences avec l'ergotine, par Sydney Ringer. (*Brit. med. Journ.*, 19 janvier.) — Action hypnotique sédative de la paraldéhyde dans les différentes formes d'aliénation mentale, par Neriam. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — De l'action physiologique de l'acide phénique, par Rutherford Macphail. (*Edinb. med. Journ.*, p. 888, avril, 1883.)—Contribution clinique et expérimentale à l'étude de l'action toxique de l'iodoforme, par D. Biondi. (*Il Morgagni*, 1883, n° 6, p. 346.) — Contribution à l'étude de l'action des sels de potassium sur le cœur et la circulation du sang, par W. Sirotinine. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — De l'action des sels de potasse, de soude et d'ammoniaque sur le cœur de la grenouille, par Sidney Ringer et Harrington Sainsbury. (*Med. chir. Trans.*, LXV, p. 191.)

Pharynx. — Des abcès rétro-pharyngiens, par Roe. (*Med. News*, 17 mai, p. 589.) — De l'atrésie du maxillaire supérieur produite par les végétations adénoides du pharynx, par David. (*Assoc. française*, *Rouen*, 1883.)

Phlegmon. — Pathologie, symptômes et traitement de la cellulite cervicale, par Harrison Younge. (*Brit. med. Journ.*, p. 1141, juin.)

Physiologie. — L'enseignement et les progrès de la physiologie, par Arloing. (*Rev. scientif.*, 14 juin.) — Manuel du laboratoire de physiologie, par Sanderson, Forster et Brunton, traduit par Moquin-Tandon (In-8°, *Paris.*)

Pied. — Du pied plat et de sa guérison par opération, par Ogston. (*Bristol med. chir. Journal*, mars.) — Pied-bot varus équin de cause cicatricielle, par Chaput. (*Soc. anat.*, 11 janvier.) — Quatre cas de pied-bot talus, d'origine paralytique, traités par la résection d'une portion du tendon d'Achille, par Walsham. (*Brit. med. Journ.*, p. 1147, juin.)

Placenta. — Sur le placenta des oiseaux, par M. Duval. (*Soc. de Biol.*, 9 février.)

Plèvre. — Pleurésies avec épanchements observés dans le service de M. Dieulafoy, par P. Binet. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Du meilleur mode de traitement de la pleurésie purulente, par Guinard. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.) — Du cancer de la plèvre, par Vinet. (*Thèse de Paris*, 2 août.)

Poumon. — Expériences sur la percussion des poumons et de la poitrine, par J.-P. Bullar. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XIX, p. 211.) — Contribution à la question du rôle des hémorragies bronchiques dans l'étiologie des maladies du poumon, par W. Siegrist. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Congestion pulmonaire et pleurésie, par Rendu. (*Gaz. des hôpit.*, 27 mai.) — Observation de pneumonie et de pyohémie compliquée d'abcès du cerveau et du foie, par R.-J. Collyns. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XIX, p. 303.) — De la pneumonie aiguë et de la pleuropneumonie septique, par Caton. (*Brit. med. Journ.*. p. 766, avril.) — Pneumonie infectieuse, gangrène du poumon, empyème fétide; guérison, par Broughton. (*Boston med. and surg. Journ.*, 21 février.) — Note sur un cas d'hémiplégie gauche survenu dans le cours d'une pneumonie droite chez une femme atteinte d'athéromasie diffuse, par Luc. (*France médic.*, 24 avril.) — Du traitement de la pneumonie aiguë, par F. Minot. (*Boston med. and surg. Journ.* 21 févr.) — Contribution au traitement de la pneumonie par l'usage interne de l'acide phénique, par Pietro Pucci. (*Il Morgagni*, 1883, n° 7, p. 417.) — Sur un cas de mort subite par embolie pulmonaire, par Motel. (*Thèse de Paris*, 17 juin.) — Formation d'un caillot sanguin dans une bronche, dans un cas de gangrène pulmonaire, par Canali. (*Riv. clin. di Bologna*, n° 10-11, 1883.) — Gangrène pulmonaire causée par un corps étranger par Mader. (*Wiener med Blatter*, 24 janvier.) — Cancer du poumon et du médiastin, par Suzanne. (*Jour. de méd. de Bordeaux*, 29 juin.) — Observation de cancer primitif du poumon, par Percy Kidt. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XIX, p. 227.)

Pression. — Des lésions que produisent, sur les tissus animaux, les hautes pressions, par Regnard et Vignal. (*Soc. de Biol.*, 14 juin.)

Prostate. — Hypertrophie prostatique et rétention d'urine; traitement sans cathétérisme, par Palmer. (*Med. News*, 5 juillet, p. 22.) — Prostatite aiguë suppurée; anurie, pyohémie; mort, par Guyon. (*Gaz. des hôpit.*, 15 mai.)

Psoriasis. — Traitement topique du psoriasis, par l'acide chrysophanique, par Dérobert. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.) — Traitement du psoriasis, par Bellan. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)

Ptomaine. — Du rôle des alcaloïdes qui se forment dans le tube digestif, par Comby. (*Progrès médical*, 31 mai.)

Puerpéral (Etat). — De l'agent virulent de la septicémie puerpérale, par Arloing. (*Acad. des Sciences*, 26 mai.)— Influence des épidémies puerpérales sur le terme de l'accouchement, par Hervieux. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 2e série, tome XII, n° 45.) — Discussion sur la prophylaxie et le traitement de la fièvre puerpérale. Académie de médecine de New-York. (*New-York med. Journ.*, p. 151.) — Arthrite puerpérale; récidive, par Verneuil. (*Gaz. des hôpit.*, 3 juin.)

Pyohémie. — Étude de la pyohémie, par Brou-Duclaud. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.)

Q

Quina. — Du danger des fortes doses de quinine, par A. Smith. (*New York med. Journ.* p. 115.)

R

Race. — Contribution à l'anatomie comparée des races humaines, dissection d'un Boschiman, par Testut. (*Acad. des sciences*, 7 juillet.)

Rachis. — De l'extension dans les maladies du rachis, par B. Brown. (*Boston med. and surg. Journ.*, 3 juillet). — De la coccydinie, par Goodell. (*New York med. Journ.*, p. 305.) — Mal de Pott cervical d'origine traumatique, chez un enfant paralysé des quatre membres. Traitement par l'extension. Ouverture spontané de l'abcès. Disparition des symptomes morbides, par A. Wagner. (*Berlin. klin. Woch.* n° 25, p. 399, 23 juin.) — Cyphose lombo-sacrée, par Schauta. (*Wien. med. Presse*, n° 36, 1883.) — Du pronostic des déviations de la colonne vertébrale considéré au point de vue de leur curabilité, par Pravaz. (*Lyon méd.*, 8 juin). — Fracture de la colonne vertébrale, par Allan Syme. (*Edinb. med. Journ.*, p. 730, février.).

Rage. — Sur la rage, par Pasteur, Chamberland et Roux. (*Acad. des sciences*, 19 mai.) — Recherches expérimentales sur la rage, par Gibier. (*Soc. de Biol.*, 3 mars 1884.) — Deux cas d'hydrophobie, par C. Wallis. (*Brit. med. Journ.*, p. 762, avril.)

Rectum.— Leçon sur le prolapsus du rectum, par Edward Hamilton. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 529, juin 1883.) — Nævus caverneux du rectum, donnant lieu à des hémorragies mortelles, par Arthur Barker. (*Medico-chir. Trans.*, LXVI, p. 229). — Carcinome du rectum, colotomie par la méthode de Littre; guérison. Entérosténose, entérotomie; guérison; mort au bout d'un mois par cachexie, par Maydl. (*Wien. med. Presse*, n° 16, 1883.)

Réflexe. — Mouvements réflexes coordonnés de nature morbide, par de Renzi. (*Riv. clin. e terap.*, février.)

Rein. — Du développement du corps de Wolf et du rein chez les vertébrés, par Baron. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — De l'effet de l'acide butyrique sur les reins et de son action inhibitoire sur le système nerveux, par M. Yanowski (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Rapports et affections du rein et des œdèmes, par Gartner. (*Wien. med. Presse*, n° 21, 1883.) — Étude sur l'anatomie pathologique du rein, par Bostroem. (In-8°, *Fribourg-en-Brisgau.*) — Fonte caséeuse du rein gauche chez une tuberculeuse, par Poupon. (*France médicale*, 29 janvier.) — De la gangrène des extrémités au cours des néphrites chroniques, par Grouillard. (*Thèse de Paris*, 2 août.) — Des néphrites sans albumine, par Delespierre. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Néphrite infectieuse primitive chez les femmes enceintes, par Filibulin. (*France méd.*, 27 mars.) — Quelques mots sur l'anurie, par Mandillon. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 juin.) — Hydronéphrose gauche, urètre double et phimosis chez un jeune garçon, par H. Schmidt, (*Berlin. klin. Woch.*, n° 23, p. 362, 9 juin,) — Abcès périnéphrétique guéri par le drainage, par Clément Lucas. (*Med. Times*, 26 juillet.) — Hématome traumatique suppuré, périnéphrétique chez un enfant de 13 ans; ponction, drainage antiseptique, guérison, par John Marshall. (*Medico-chir. Trans.*, LXV, p. 311. — Fistule urinaire de l'aîne gauche consécutive à l'incision d'une volumineuse hydronéphrose; extirpation du rein correspondant;

par Le Dentu. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Néphrectomie, par Ollier. (*Lyon méd.*, 11 mai, p. 45.)

Résection. — Résection-désarticulation du maxillaire inférieur pour sarcome central de l'os ; extirpation de la parotide et de la glande sous-maxillaire, par A. Ceccherelli. (*Lo Sperimentale*, 1883, vol. LI. p. 607.)—Résection de l'épaule pour enchondrome ossifié, par Caccioppeli. (*Il Morgagni*, février 1883, p. 122.) — Résection partielle du coude pour ostéite huméro-cubitale, par de Montmollin. (*Revue méd. de la Suisse romande*, IV, 350, juin.) — Résection du genou (8 cas), par C.-M. Burney. (*New York, med. Journ.*, p. 381.) — De la résection de l'articulation tibio-tarsienne, par F. Lange. (*Ibid.*, 295.) — Résection iléo-fémorale pour coxalgie ; restitution complète *ad integrum*, par D. Biondi. (*Il morgagni*, 1883, n° 6, p. 346.)

Respiration. — Sur la respiration périodique et sur les causes du rythme respiratoire, par G. Fano. (*Lo Sperimentale*, 1883, vol. LI, p. 561.) — De la respiration artificielle des nouveau-nés, par Henry Champneys. (*Medico chir. Trans.*, LXV, p. 75.) — Contribution à l'étude de l'effet de l'air comprimé sur la respiration, par N. Souhorski. (*Médiz. Obosrénié*, n° 9.)

Rétine. — Sur quelques particularités en rapport avec les images rétiniennes, par Sydney Hodges. (*Brain*, p. 77, avril.) — Un cas de développement excessif du ménisque central, et d'épaississement des couches environnant la membrane limitante interne de la rétine, par Eversbusch. (*Klin. Monasbl. f. Augenheilk.*, mars.) — Sur la pathogénie du décollement arthritique de la rétine, par Boucheron. (*Assoc. française, Rouen*, 1883.) — Embolie de l'artère centrale des deux rétines ; dans l'œil droit, datant de 12 ans ; dans le gauche, de 18 mois ; lésions de dégénérescence à la macula, par J. Adams. (*Trans. or the Ophthalm. Society*, III, p. 114.) — Rupture traumatique de la rétine et de la choroïde par une balle de peluche, par Shaffner. (*Med. News.*, 5 juillet.)

Rhumatisme. — Sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu, par Pagnier. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — Du rhumatisme pendant la grossesse, par Alexandre. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Nodules sous-cutanés chez un adulte non rhumatisant, par J.-K. Fowler. (*Clin. soc.* ; *Brit. med. Journ.*, 19 janvier.) — Des œdèmes dans la diathèse arthritique, par Testelin. (*Thèse de Paris*, 19 juin.) — Du rhumatisme oculaire et de quelques manifestations peu communes, par Burucua. (*Thèse de Paris*, 4 juillet.) — De la typhlite rhumatismale, par Bourgade de la Dardye. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.)

S

Salive. — Sur les variations de la quantité de sulfocyanure de potassium constatée dans la salive suivant les maladies, par Samuel Fenwick. (*Medico chir. Trans.*, p. 117, LXV.) — De la sialorrhée chez l'homme, par Gilles de la Tourette et Bottey. (*Soc. de Biol.*, 3 mars.)

Sang. — Les études sur le sang dans les cinq dernières années ; revue générale, par V. Brigidi. (*Lo Sperimentale*, avril 1883, p. 412, et mai, p. 515;

juin, 619.) — Le sang dans un jeûne de 45 jours, par LESTER CURTIS. (*Rev. scientif.*, 7 juin.) — Du temps que prend un circuit complet du sang dans le corps, par MEADE SMITH. (*Am. Journ. of the med. sc.*, p. 439.) — Étude spectroscopique du nitrite de sodium sur le sang, par HÉNOCQUE. (*Soc. de Biol.*, 22 décembre 1883.) — Appareil schématique destiné à montrer les rapports de la pression du sang dans les artères et dans les veines, par YELVERTON PEARSON. (*The Dublin Journ. of med. Sc.*, p. 433, décembre 1883.) — De l'action du café sur la composition du sang et les échanges nutritifs, par COUTY, GUIMARAES, NIOBEY. (*Acad. des sciences*, 15 juillet.)

Sarcome. — Un cas de chloro-sarcome métastatique, par BEHRING et WICHERKIEWICZ. (*Berl. klin. Woch*, 14 août 1882.) — Fibrome de l'orbite devenant sarcomateux, concomitant à un sarcome de l'utérus non diagnostiqué; accroissement rapide de ce dernier après l'ablation du fibrome, par CAUCHOIS. (*Assoc. française*, Rouen, 1883.)

Saturnisme. — Des ouvriers employés dans les fabriques de céruse, étude d'hygiène professionnelle, par DUCHESNE. (*Journ. de méd. de Paris*, n° 25.) — Quelques cas d'intoxication saturnine chez des nourrissons, par LÖWY. (*Wien med. Presse*, n° 49, 1883.)

Scarlatine. — Relation d'une épidémie de scarlatine à rechutes, par ANTONY. (*Arch. de méd. mil.*, t. III, p. 59.) — Discussion sur la fièvre scarlatine. (*Harveian soc. of London in Brit. med. Journ.*, p. 763, avril.) — Erythème scarlatiniforme chez une femme récemment accouchée, par POUPON. (*France médicale*, 8 janvier.) — Scarlatine développée chez un fœtus et chez la mère au 9e mois de la grossesse, par C. LEALE. (*Med. News*, 31 mai.) — Scarlatine au 9e mois de la grossesse; scarlatine intra-utérine du fœtus, par C. LEALE. (*New-York med. Journ.*, p. 474.) — Un cas de scarlatine puerpérale, par S. BUSEY. (*Amer. Journ. of the med. Sc.*, 1884, p. 392.) — Anasarque scarlatineuse avec une albuminurie insignifiante, par DYCE DUCWORTH. (*St. Barth. hosp. Rep.*, XIX, p. 321.) — Enveloppement dans le drap mouillé en cas de néphrite scarlatineuse, par DAY. (*Brit. med. Journ.*, p. 415, mars.)

Scorbut. — Du scorbut, revue générale, par LAVERAN. (*Arch. de méd. mil.*, t. III, p. 338). — De l'étiologie du scorbut dans les prisons, par MERCIER. (*Thèse de Paris*, 13 juin.) — Note sur un cas de scorbut sporadique de forme anomale (hémorragies multiples. Accidents hystériques), par LEPRÉVOST. (*France médicale*, 29 avril.)

Septicémie. — Septicémie consécutive à une morsure de rat; guérison, par THOMPSON. (*Med. News*, 31 mai, p. 653.)

Séreuse. — Fibromyxome de la bourse séreuse ischiatique, par TUFFIER. (*Soc. anat.*, 4 janvier.)

Sommeil. — Nouvelles recherches sur le sommeil, par H. STASSANO. (*Soc. de Biol.*, 3 avril.)

Strabisme. — Recherches sur l'acuité visuelle dans le strabisme convergent concomittant, par ULRICH. (*Klin. Monats. f. Augenheilk.*, février.)

Sueur. — De l'hématidrose, hématopédèse, sueurs de sang, par LEROY. (*Bulletin médical du Nord*, avril.) — Note pour servir à l'étude des variations d'excitabilité des appareils sudoraux périphériques, par KAUFMANN. (*Soc. de Biol.*, 8 mars.)

Syphilis. — Leçons cliniques sur la syphilis et les maladies des voies génito-

urinaires, par Otis. (In-8°, *New-York*.) — Des statistiques de la syphilis dans les hôpitaux, par Auspitz. (*Wien. med. Presse*, n° 40, 1883.) — De l'inoculation de la syphilis chez les animaux, par Kobner. (*Wien. med. Woch.*, n° 29, 1883.) — Syphilis et prostituées ; de la syphilide pigmentaire, par Maireau. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — Gommes sous-cutanées, par Basset. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Sur le chancre syphilitique hypertrophique, par Zwetitch. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Des rapports de l'hémoglobinurie avec la syphilis, par Schumacher (*Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 22, p. 351, 2 juin.) — Essai sur quelques altérations des vaisseaux lymphatiques dans le cours de la syphilis (lymphopathies syphilitiques), par Salle. (*Thèse de Paris*, 9 juillet.) — Caractères diagnostiques de la syphilis cérébrale, par A. Rovigui. (*Lo Sperimentale*, avril 1883, p. 370.) — La syphilis du cerveau, par Legrand du Saulle. (*Gaz. des hôp.*, 17 juin.) — Formes cliniques de la syphilis cérébrale, par Wood. (*Boston med. and surg. Journ.*, 28 février.) — Syphilis héréditaire tardive, accidents cérébraux, par Fournier. (*Union médicale*, 29 avril.) — Ataxie locomotrice et syphilis, par L. Weber. (*New York med. Journ.*, p. 364.) — De la phtisie syphilitique chez l'adulte, par Jacquin. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — De la syphilis pulmonaire, par de Renzi. (*Rivista clinica e terap., octobre* 1883.) — Epithelioma et syphilis de la langue, par Morelli. (*Ibid.* février.) — De la surdité dans le tabes syphilitique, par Hermet. (*Union médicale*, 14 juin.) — De la syphilis des amygdales, par Pivaudran. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Myosite syphilitique du triceps sural, par F. Lange. (*New York med. Journ.*, p. 367.) — Syphilis héréditaire tardive, lésions du foie, par Barthélemy. (*Arch. de méd.*, mai et juin.) — Hépatite syphilitique, par Cantani. (*Il Morgagni*, 1883, n° 7, p. 463.) — Des fractures spontanées syphilitiques, par Debove. (*Soc. méd. des hôpit.*, 7 mai.) — Traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses, et en particulier par les eaux d'Uriage, par Doyon. (*Ann. d'hydrologie*, t. 29.) — De la préparation de l'eau de chrome pour le traitement de la syphilis, par Gautz. (*Wien. med. Presse*, n° 37, 1883.)

T

Tabac. — Amblyopie par le tabac chez les femmes, par Berry. (*Ophtalm. Rev.* III, n° 30.) — Amblyopie centrale chez un fumeur atteint de diabète, par Morton. (*Trans. of the ophth. Society*, III, p. 159.)

Tænia. — Du chloroforme contre le tænia. (*Philad. med. Reporter; Med. Times*, 9 août.) — Observation de tænia : remarques sur le traitement, par Yelverton Pearson. (*The Dublin Journ. of med. sc.* p. 433, mai, 1883.)

Taille. — De la taille, par A. Goloratchoff. (*Méd. obosrénié*, n° 1.) — Un cas de taille hypogastrique ; guérison, par Fischer. (*Wien. med. Presse*, n° 19, 1883.) — Observation de lithotomie, avec énucléation d'une tumeur de la prostate ; guérison, par Reginald Harrison. (*Medico-chir. Trans.*, LXV, p. 40.) — Volumineux calcul de la vessie enlevé par la taille vaginale, chez une aliénée ; mort, autopsie, par C.-P. Bancroft. (*Boston med. and surg. Journal*, vol. CIX, n° 26, p. 603.)

Température. — Températures locales et phtisie pulmonaire, par Mondon. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — De l'influence du travail intellectuel sur la

température générale, par Gley. (*Soc. de Biol.*, 26 avril.) — Températures élevées et températures simulées par Roussel. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.)

Tendon. — De la rupture du tendon sous-rotulien, par Emery-Desbrousses. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)

Testicule. — Recherches sur la spermatogenèse, par Jensen, Masquelin, Swaen. (*Arch. de Biologie*, IV, fasc. 4.) — Sur les vésicules séminales du Mara, par M. Duval et Hervé. (*Soc. de Biol.*, 8 mars.) — Note sur un cas d'hydro-hématocèle, par Levrat (*Lyon méd.*, 20 juillet, p. 386.) — Considérations sur les méthodes d'injection dans le traitement de l'hydrocèle. Mode d'opérer avec l'iodoforme, par G. Ferreri. (*Lo Sperimentale*, mars 1883, p. 259.) — Sur un nouveau procédé de traitement du varicocèle, par Hache. (*Ann. des mal. des organes gén. urinaires*, mai.) — Du traitement de l'orchite par la compression et la sudation, par Boudault. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.)

Tétanos. — Un cas de tétanos guéri par le curare, par Korinski. (*Méd. Obosrénié*, n° 13). — Cinq cas de tétanos, par Anthony Bowlby. (*St-Barth. hosp. Rep.* XIX, p. 85. — Un cas de tétanos traumatique, par R. v. Jaksch. (*Wien. med. Presse*, n° 18, 1883.)

Thérapeutique. — Les nouvelles tendances de la thérapeutique, par Liebermeister. (*Wien. med. Presse*, n° 39, 1883.)

Thyroïde. — Thérapeutique du goitre par l'iodoforme, par Thiroux. (*Thèse de Paris*, 3 juillet.) — Trente cas de goitre aigu traités avec succès par des applications de pommade au bi-iodure de mercure, par A. Gore. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 476 juin, 1883.) — Le goitre endémique dans ses rapports avec la surdi-mutité et le crétinisme, par H. Bircher. (*Bâle*, 1883.) — Goitre extirpé chez une jeune Berlinoise de 13 ans ; guérison, par Zwicke. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 23, p. 363, 9 juin.) — Un cas de thyroïdectomie avec guérison, par F. Rockwell. (*New York med. Journ.*, 31 mai.) — Quelques considérations sur le traitement du goitre exophtalmique par l'iode et ses composés, par Galup. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.)

Torticolis. — Traitement du torticolis non spasmodique, par Bernard Roth. (*Brit. med. Journ.*, p. 1139 juin.)

Trachée. — De la trachéotomie dans le croup, par G. Gay. (*Med. News*, 12 juillet.) — De l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie, par Soyer. (*Thèse de Paris*, 2 août.) — Histoire de la trachéotomie. par Ch. Bonnet. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Papillomes de la trachée, polypes du nez, par H. Buttin. (*St.-Barth. hosp. rep.*, XIX, p. 289.)

Trichinose. — Nouvelle série d'expériences sur les viandes trichinées d'Amérique, par Duprez. (*Soc. de Biol.*, 9 février.)

Transfusion. — Sur une méthode nouvelle de transfusion du sang (soumis préalablement à l'action de la peptone), par Afanassiew. (*Acad. des Sciences*, 26 mai.) — Transfusion, par Oré. (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVI.)

Tremblement. — Tremblement, par C. Picot. (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVI.)

Trépanation. — Trépanation pour un abcès du cerveau; mort, par Nancrede. (*Med. News*, 19 juillet, p. 81.) — De la trépanation pathologique (appliquée aux cas non traumatiques), par Hombostel. (*Wien. med. Presse*,

n° 19, 1883.) — Parésie générale, plus marquée du côté gauche, traces de plaie ancienne du côté droit de la tête, trépanation, amélioration physique et morale, par ALEXANDER (*Med. Times*, 2 août.) — De la trépanation comme mesure préventive et curative, par MACDOUGALL. (*Edinb. med., Journ.*, p. 234, septembre 1883.)

Tuberculose. — Sur le micro-organisme de la tuberculose zoogléique, par MALASSEZ et VIGNAL. (*Acad. des Sciences*, 28 juillet.) — De la recherche du bacille de la tuberculose dans les produits autres que ceux de l'expectoration par AGUET. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — Sur la recherche du bacille de Koch dans les crachats comme élément de diagnostic dans les cas de phtisie latente, par J. TEISSIER. (*Lyon méd.*, 13 avril, p. 516.) — Des portes d'entrée de la tuberculose, par VERCHÈRE. (*Thèse de Paris*, 18 juin.) — Rapport sur le prix Portal pour 1884 (tuberculose parasitaire), par HÉRARD. (*Bull. de l'Acad.*, 2e série, tome XIII, n° 19.) — Sur le diagnostic des phtisies pulmonaires douteuses, par la présence des bacilles dans les crachats ; réponse à M. Sée, par COLIN. (*Bull. de l'Acad de méd.*, 2e série, tome XII, n° 53.) — Recherches de pathologie et de thérapeutique expérimentale sur la tuberculose, par COZE et SIMON. (*Bull. de thérap.*, 30 mars.) — Note sur la contagion de la tuberculose et le traitement de la phtisie, par J. BESSAC. (*Thérapeutique contemporaine*, nos 17 et 20.) — Une observation clinique à l'appui de la contagion de la phtisie pulmonaire, par J. OGSTON. (*Brit. med. Journ.*, 2 février.) — Rapports de la fièvre intermittente, de la tuberculose et de la fièvre typhoïde, par BUROT (*Assoc. française, Rouen*, 1883.) — Sur l'influence favorable du pneumothorax sur la marche de la phtisie pulmonaire, par A. de VESTEA. (*Il Morgagni*, 1883, n° 7, p. 454.) — Obs. de tuberculose chronique de la choroïde et du cerveau, par MACKENZIE. (*Trans. of the ophth. Society*, III, p. 119.) — Tuberculose miliaire généralisée, tubercule de la choroïde; mort, par ASHBY (*Med Times*, 19 juillet.) — L'aluminium dans la tuberculose pulmonaire, par PICK. (*Wien. med. Woch.*, n° 19, 1883.) — Traitement et guérison du croup et de la phtisie, par les inspirations antimicrobiques et médicamenteuses, par SANDRAS. (In-4°, *Paris.*) — De l'influence de l'iodoforme sur le poids des phtisiques, par A. RANSOME. (*Brit. med. Journ.*, 5 janvier.) — Des variétés de la phtisie de la curabilité de quelques-unes d'entre elles, par W.-R. THOMAS. (*Brit. med. Journ.*, 23 février.) — Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose, par COUDRAY. (*Thèse de Paris*, 20 juin.) — Recherches expérimentales sur la tuberculose des os, par CASTROSOFFI. (*Thèse de Paris*, 26 juin.) — Etude clinique sur un cas de tuberculose chirurgicale, par CHARVOT. (*Arch. de méd. mil.*, t. III, p. 216.)

Tumeur. — Tumeurs, par A. HEURTAUX. (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVI.) — Des tumeurs traumatiques, par ZESAS. (*Wien. med. Woch.*, n° 40, 1883.

Typhoïde. (Fièvre). — Nouveau fait d'importation d'une épidémie de fièvre typhoïde, par Em. PINEAU. (*Assoc. française, Rouen*, 1883.) — Typhoïde (fièvre), par G. HOMOLLE et F. DREYFOUS. (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVI.) — La fièvre typhoïde à New Haven, par ELIOT. (*Boston med. and surg. Journ.*, 17 avril.) — Un point d'étiologie de la fièvre typhoïde, par TEISSIER (*Assoc. française, Rouen*, 1883.) — Du diagnostic du typhus, par RANDOLPH MOTT. (*Am. Journ. of the med. sc.*, p. 464.) — Essai sur la fièvre typhoïde à début grippal, par MILLÉE (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde, par CAZAUVIEILH. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — Obs. de fièvre typhoïde, deux cas avec complications

de parotidites suppurées; 1 mort, 1 guéri, par JONES et CRESSWELL. (*Med. Times*, 28 juin.) — Des lésions osseuses dans la convalescence de la fièvre typhoïde, par GELEZ. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — De l'ostéopériostite consécutive à la fièvre typhoïde, par TURGIS. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — Leçon sur le traitement antipyrétique de la fièvre typhoïde, par O. AFFLECK. (*Brit. med. Journ.*, p. 94, mars.) — Les inhalations d'air froid dans le typhus abdominal, par A. SOKOLOFF. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — De la kairine dans la fièvre typhoïde, par SHINGLETON SMITH. (*Brit. med. Journ.*, 16 février.)

U

Urèthre. — Abcès des glandes de Cooper simulant un rétrécissement de l'urèthre; orchite par cathétérisme, par TUFFIER (*Soc. anat.*, 30 novembre 1883.) — Phlegmon péri-uréthral, par WATERMAN. (*Boston med. and surg. Journ.*, 24 avril. — Rétrécissement de l'urèthre, cystite chronique; couche de phosphate ammoniaco-magnésien touchant toute la muqueuse urinaire, par DURAND-FARDEL. (*Soc. anat.*, 18 janv.) — Du cathéterisme aseptique dans les hôpitaux d'accouchement, par PRIEUR. (*Thèse de Paris*, 2 août.) — De la fièvre produite par le cathétérisme, par J. NIVEN. (*Brit. med. Journ.*, 9 février.) — Rétrécissements traumatiques de l'urèthre; traitement par la cystotomie sus-pubienne, par JOHN DUNCAN. (*Edinb. med. Journ.*, juillet.) — Rupture de l'urèthre, par J. GAIRDNER. (*Edinb. med. Journ.*, p. 994, mai.) — Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme, par R.-H. DAY. (*Med. News*, 1er décembre 1883, p. 575.) — Observation d'uréthrotomie interne employée contre un rétrécissement très dur et très serré, compliqué d'incontinence d'urine; guérison, par DUBUC. (*Union médicale*, 10 mai.) — Dix-neuf cas de rétrécissement de l'urèthre traités par l'uréthrotomie interne, avec remarques, par G.-H. TILDEN et F.-S. WATSON. (*Boston med. and surg. Journ.*, vol. CIX, n° 17, p. 385.)

Urine. — Variation des chlorures de l'urine dans les maladies, par BUROT. (*Assoc. française*, *Rouen*, 1883.) — Nature du précipité phosphatique obtenu en faisant chauffer l'urine, par WALTER G. SMITH. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 18, juillet 1883.) — Sur les agents chimiques qui précipitent les substances albumineuses dans l'urine, par VINCENT HARRIS. (*S.-Barth. hosp. Rep.*, XIX, p. 73.) — Sur la recherche de l'albuminose ou peptone dans l'urine, par MÉHU (*Ann. des mal. des org. gén. urinaires*, mai.) — Remarques sur le procédé de Nega pour la recherche du mercure dans l'urine, par P. SCHRIDDE. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 23, p. 359, 9 juin.) — Des diverses méthodes pour rechercher le sucre dans l'urine, par G. JOHNSON. (*Brit. med. Journ.*, 5 janvier.) — Nouvelles recherches sur le lieu de formation de l'urée, par GRÉHAND et QUINQUAUD. (*Acad. des sciences*, 26 mai.) — Urate de soude? par YVON. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 février.) — Documents relatifs à la présence des matières grasses dans l'urine, suivis d'une nomenclature raisonnée des travaux parus jusqu'à ce jour sur les entozoaires de la chylurie, par MONVENOUX. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.)

Utérus. — Matériaux pour l'histologie de la portion vaginale de l'utérus, par GAWRONSKI. (*Thèse de Charkow.*) — Tuberculose miliaire généralisée de la muqueuse utérine, par FERGUSSON. (*New York med. Journ.*, p. 478.) —

Hydrorrhée non gravide, par James Oliver. (*Brit. med. Journ.*, p. 993, mai.) — De la stérilité par contraction du canal cervical utérin; de sa guérison à l'aide de la bougie utérine, par A. Spooner. (*Am. Journ. of the med. sc.*, p. 147.) — Indications et contre-indications de l'ignipuncture du col de l'utérus, par Gonzalez. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Des déchirures du col de l'utérus, par Jacquelot. (*Thèse de Paris*, 30 juin.) — Des ruptures utérines dans le travail à terme, par Labusquière. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Rupture traumatique de l'utérus, par Ollive. (*France méd.*, 25 mars.) — Inversion utérine chronique; ablation de l'organe après ligature élastique, par Kaltenbach. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 22, p. 349, 2 juin.) — Antéflexion de l'utérus, compliquée de grossesse; avortement provoqué; guérison; par J.-C. Haslett. (*Brit. med. Journ.*, p. 455, mars.) — Déplacement de l'utérus; leur traitement par les tampons médicamenteux, par Robert Bell. (*Edinb. med. Journ.*, p. 811, mars.) — Observation d'antéflexion de l'utérus gravide, par Will. Bain. (*Edinb. med. Journ.*, p. 721, février.) — Le traitement de la rétroversion utérine avec adhérences, par Elliot (*Boston med. and surg. Journ.*, 28 février.) — Polypes fibreux de l'utérus, par Berthold. (*Gaz. méd. de Paris*, 24 mai.) — Du traitement du pédicule, après l'hysterotomie, par la voie abdominale, par Amiot. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Fibromyome utérin, laparomyotomie, par Stimson. (*The Med. News*, 14 juin, p. 710.) — Coexistence d'un kyste paraovarien et d'un fibrome kystique de l'utérus, par W. Polk. (*New York med. Journ.*. p. 353.) — Fibrome sous-séreux. Amputation sus-vaginale de l'utérus, avec traitement extra-péritonéal du pédicule; guérison, par Kaltenbach. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 22, p. 349, 2 juin.) — De l'énucléation des myomes utérins, par Richelot. (*Union médicale*, 7 janvier.) — Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus, par Carlet. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — Utérus cancéreux extirpé par le vagin; mort pendant l'opération, par Gusserow. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 23, p. 362, 9 juin). — Des complications du cancer de l'utérus, par Caron. (*Thèse de Paris*, 1er août.)

V

Vaccin. — Vaccin et variole, contribution à l'étude de leurs rapports, par L. Berthet. (*Thèse de Lyon.*)

Varicelle. — Un cas de varicelle avec néphrite parenchymateuse, par Soudeikine. (*Rousskaïa médicina*, n° 16.)

Vagin. — Du vaginisme, par Gillard. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Stérilité des femmes, due aux anomalies de la sécrétion vaginale, par Jung. (*Wien. med. Presse*, n° 36, 1883.) — De la vaginite, par Jung. (*Ibid.*, n° 44, 1883.) — Kystes vaginaux conglomérés simulant un prolapsus, par A. Martin. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 23, p. 362, 9 juin.) — Recherches anatomiques sur les kystes du vagin, par Huckel. (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, Band XCXIII, Heft 2.) — Le danger des spéculums vaginaux en verre, par Tanszky. (*Med. News*, 19 juillet.)

Veine. — Tumeur veineuse du creux poplité, par Tuffier. (*Soc. anat.*, 11 janvier.) — Des varices profondes du membre inférieur, de leurs signes et des accidents qu'elles peuvent déterminer, par Gautier. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — Traitement du varicocèle par la ligature et la section

antiseptiques des veines, par NICAISE. (*Rev. de chir.*, mai.) — De l'asthénie du tissu conjonctif, étude pathogénique des dilatations veineuse, pulmonaire, par HEULEZ. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.)

Venin. — De l'appareil à venin des poissons du genre Vive, par GRESSIN. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.)

Vessie. — Application locale d'éther dans la névralgie vésicale, par PARMENTER. (*New York med. Record*, 5 juillet.) — Sur l'inocuité complète des ponctions aspiratrices répétées de la vessie, par HAMAIDE (*Bull. génér. de thér.*, 15 mars.) — Une observation de pyélocystite, par OTIS. (*Boston med. and surg. Journ.*, 27 mars.) — Anse de drain incrustée de sels extraite de la vessie plusieurs mois après une extirpation de l'utérus par le vagin, par VEIT. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 23. p. 362, 9 juin.) — Ablation d'un papillome de la paroi vésicale antérieure chez la femme, par KALTENBACH. (*Ibid.*, n° 22, p. 349, 2 juin.) — Quelques considérations sur la dissolution de la pierre dans la vessie, par PORTAFAX. (*Thèse de Paris*, 20 juin.) — Calculs de la vessie; cystotomie, par GALLOZI. (*Il Morgagni*, 1883, n°s 4 et 5, p. 255.) — Des fistules vésico-vaginales et de leur traitement par la réunion immédiate secondaire, par ÉBEID. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — Des fistules vésico-vaginales et des fistules urétrales, par RIEDEL. (*Wien. med. Woch.*, n° 33, 1883.) — Traitement de l'incontinence d'urine chez la femme après l'opération de la fistule vésico-vaginale, par PAWLIK. (*Ibid.*, n° 25, 1883.) — L'incision exploratrice de la vessie, par WITTELSHOFER. (*Ibid.*, n° 19, 1883.) — De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes, par POUSSON. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Carcinome de la vessie, par EWING MEARS. (*Med. News*, 19 juillet., p. 80.) — Épithéliome de la vessie. par A. BRODEUR. (*Société anatomique*, 4 mai 1883.) — Perforation de la vessie chez un jeune homme atteint de blennorragie, avec abcès prostatique; mort par péritonite généralisée, par FALKENHAIN, SCHOENBORN et BAUMGARTEN. (*Berliner klinische Wochens.*, n° 28, p. 443, 14 juillet.)

Vin. — Méthode pour doser l'extrait sec des vins, par AMAGAT. (*Acad. des sciences*, 28 juillet.)

Vitré (Corps). — Sinchisis étincelant du corps vitré, par RAMPOLDI. (*Ann. di Ottalm.* XIII, p. 144.)

Vulve. — Sur un cas de fibrome de la grande lèvre, par GANGOLPHE. (*Lyon méd.*, 29 juin.) — Imperforation de l'hymen; opération antiseptique; guérison, par A. LAWRENCE. (*Brit. med. Journ.*, p. 855, mai.) — Sur une disposition particulière des petites lèvres chez la femme et sur quelques conséquences qui peuvent en résulter, par BUDIN. (*Progrès médical*, 3 mai.) — Les éruptions vésiculeuses des organes génitaux de la femme, par FELICE MEOLA. (*Il Morgagni*, 1883, n° 10, p. 699.)

Z

Zona. — Du zona ophtalmique, par GUÉRIN. (*Thèse de Paris*, 11 juillet.) — Observation de zona de la cinquième paire, par DESHAYES. (*Assoc. française, Rouen*, 1883.)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

DES TOMES XXIII ET XXIV.

(ANNÉE 1884.)

A

Abadie, XXIII, 231; XXIV, 496, 684.
Abbadie (d'), XXIII, 481.
Adamkiewicz, A., XXIII, 2; XXIV, 413.
Afanassiew, XXIV, 741.
Aguilar y Lara, XXIII, 83.
Ahlfeld, F., XXIII, 208.
Albert, E., XXIV, 75.
Alexander, W., XXIII, 575; XXIV, 158.
Alison, XXIII, 122; XXIV, 741.
Althaus, Julius, XXIV, 267.
Amanieux, XXIII, 110.
Ameden, A.-O., XXIII, 116.
Andt, G.-C., XXIII, 122.
Anger, Th., XXIII, 303.
Arloing, S., XXIV, 424.
Arnould, Jules, XXIII, 128.
Arnozan, XXIII, 458.
Arntz, Hermann, XXIII, 447.
Artaud, XXIV, 151, 497.
Arthaud, XXIII, 546.
Artigalas, XXIV, 443.
Asch, J., XXIII, 107, 150.
Assaky, XXIII, 320.
Atkin, XXIV, 169.
Atkinson, XXIV, 120.
Aubert, P., XXIII, 38; XXIV, 580.
Aubin, E., XXIII, 438.
Aufrecht, XXIV, 496.
Auspitz, XXIV, 467.
Axford, V.-L., XXIII, 241.

B

Babès, XXIII, 533; XXIV, 68.
Babinski, J., XXIV, 78.
Baelde, XXIII, 122.
Baer, XXIII, 576, 620.
Baginsky, A., XXIII, 15, 630; XXIV, 546.
Bajardi, D., XXIII, 65.
Baillarger, XXIII, 248; XXIV, 265.
Balandin, F., XXIII, 598.
Baldi, D., XXIII, 434.
Baldy, XXIII, 265, 475.
Balfour, G., XXIII, 496.
Ball, B., XXIII, 249, 251.
Ballet, G., XXIII, 110, 196, 529; XXIV, 169.
Balzer, F., XXIII, 637.
Bamberger, XXIV, 140.
Banti, XXIV, 740.
Bar, XXIII, 210.
Baraduc, Léon, XXIII, 128.
Baratoux, XXIV, 714.
Barbour, A.-H., XXIII, 216.
Bardeleben, XXIII, 286, 321; XXIV, 637.
Bardet, G., XXIII, 732.
Bardon-Lacroze, XXIV, 585.
Barette, J., XXIII, 320.
Barfurth, Dietrich, XXIII, 14.
Barie, XXIII, 511.
Barlow, Thomas, XXIV, 544.
Barrois, Théo. Ch., XXIII, 415.
Barth, H., XXIV, 740.
Barthélemy, XXIV, 456.
Bartholow, R., XXIV, 508.
Bartlett, XXIII, 354.
Bary, Eduard, XXIII, 108.
Baschko, A., XXIV, 69.
Bastian, Charlton, XXIV, 110.
Battle, XXIII, 139.
Batut, Louis, XXIII, 710.
Baumann, XXIII, 44.
Baumgarten, XXIII, 232, 546.
Bäumler, XXIII, 471; XXIV, 169, 741.
Bayer, G., XXIII, 211.
Bazy, P., XXIV, 71, 325.

Beatty, Wallace, XXIV, 555.
Beaudère, H., XXIII, 430.
Beauregard, XXIV, 596, 618.
Bechterew, W., XXIII, 21; XXIV, 254.
Becker, O., XXIII, 9; XXIV, 429, 671.
Beckmann, XXIV, 277.
Beger, A., XXIII, 695; XXIV, 643.
Behm, Carl, XXIII, 604; XXIV, 524.
Bell, Vincent, XXIV, 471.
Beltzow, A., XXIV, 406.
Belugou, XXIII, 465.
Bender, XXIV, 120.
Benicke, F., XXIV, 236.
Benner, O., XXIII, 225.
Bennett, Hughes, XXIV, 140.
Benzingre, W., XXIV, 105.
Bérenger-Féraud, XXIII, 480.
Berger, Paul, XXIII, 312, 344, 660, 684; XXIV, 285.
Bergmann (von), XXIII, 271, 320, 669; XXIV, 307, 617.
Bergonié, G.-A., XXIII, 419.
Berlioz, A., XXIV, 84.
Berne, XXIII, 252; XXIV, 296.
Bernède, XXIII, 358.
Bernhardt, M., XXIII, 182; XXIV, 158, 169, 300.
Bernheim, XXIII, 163.
Bernouilli, Daniel, XXIV, 569.
Bernstein, J., XXIV, 416.
Berruti, XXIV, 630.
Berry, W., XXIII, 256.
Bert, P., XXIII, 265; XXIV, 419.
Bertillon, Jacques, XXIII, 128.
Bertram, XXIV, 211.
Bertrand, XXIII, 481.
Besnier, E., XXIII, 641; XXIV, 569.
Bettelheim, XXIV, 741.
Bianchi, XXIII, 182.
Bidder, A., XXIII, 563.
Biedermann, W., XXIII, 430.
Biedert, XXIV, 540.
Biggs, XXIII, 460.
Billaudeau, XXIV, 277.
Birch-Hirschfeld, XXIII, 229.
Bircher, H., XXIV, 119, 220, 725.
Birge, A., XXIII, 1.
Bischoff, Karl, XXIV, 445, 514.
Bizzozero, G., XXIV, 3.
Bizzozero, J., XXIV, 3.
Blache, René, XXIV, 536.
Blaise, H., XXIII, 230; XXIV, 120.
Blanchard, R., XXIII, 40.
Blarez, Ch., XXIII, 440.
Blau, Louis, XXIV, 724.
Blechmann, XXIV, 486.
Blix, Magnus, XXIV, 412.
Blois, Amory (de), XXIII, 736; XXIV, 710.
Blum, A., XXIII, 283, 640.
Blumentok, XXIV, 285.
Bocci, XXIII, 90.
Bochefontaine, XXIII, 71; XXIV, 91.
Bodlaender, Guido, XXIII, 443.
Bœckel, E., XXIII, 256; XXIV, 629.
Bœckel, Jules, XXIII, 256; XXIV, 288, 581, 618.
Bœhm, C., XXIV, 235.
Bögehold, XXIII, 522; XXIV, 336.
Bohéas, XXIII, 288.
Böing, W., XXIV, 585.
Boiteux, XXIII, 94.
Bolhalter, G., XXIV, 94.
Bolling, G., XXIII, 303.
Bond, XXIV, 503.
Bondet, XXIV, 694.
Bonnaire, XXIII, 244.
Bonning, C., XXIII, 266.
Bono, XXIV, 352.
Bonome, XXIII, 557.
Bontecou, R.-B., XXIV, 336.
Borchers, Hugo, XXIV, 618.
Bordes-Pagès, XXIII, 656.
Bottey, F., XXIII, 656.
Bouchard, Charles, XXIV, 57.
Bouillot, J., XXIII, 414.
Bouilly, XXIII, 320, 533, 684, 687.
Bouley, E., XXIV, 325.
Bouley, H., XXIV, 73.
Bourceret, P., XXIII, 10.
Bourdon, XXIV, 110.
Bourneville, XXIII, 244, 461.
Bourru, XXIII, 481.
Boutmy, XXIII, 92.
Boy, Jules, XXIII, 497.
Boinet, Ed., XXIV, 561.
Boyron, XXIV, 277.
Bra, XXIII, 243.
Bradshaw, XXIV, 584.
Brault, XXIV, 485.
Braun, H., XXIII, 337.
Brendel, C., XXIII, 588, 618.
Brediam, A.. XXIII, 482.
Brennecke, XXIV, 243.
Bricon, XXIII, 461.
Brieger, XXIII, 120; XXIV, 471.
Broca, XXIII, 110.
Brocq, XXIII, 656.
Brœsiche, W.-F., XXIII, 455.
Bröse, P., XXIV, 531.
Brothier, XXIII, 140.
Brouardel, P., XXIII, 92, 454.
Brown, XXIV, 97.
Brown-Séquard, XXIV, 41, 78, 434.
Bruce, Robert, XXIII, 747.
Bruger, L., XXIII, 102.
Bruggisser, XXIII, 303.
Brugnatelli, XXIII, 109.
Brun du Boisnoir (de), XXIII, 216.
Brunner, Gustav, XXIV, 722.
Bruns (von), XXIII, 256.
Brunton, Lauder, XXIV, 469, 704.
Bruntzel, Reinhold, XXIV, 307.
Bruté fils, XXIV, 442.

Bruylants, XXIV, 84.
Bruzelius, Ragnar, XXIV, 471.
Bryant, Thomas, XXIII, 660, 698.
Bubnow, N.-A., XXIII, 48, 83.
Buccola, XXIII, 248.
Bucquoy, XXIV, 121.
Budin, XXIV, 513.
Bull, XXIV, 64.
Bull, Edward, XXIII, 704; XXIV, 486, 503.
Bull, W.-T., XXIV, 288, 596.
Buman, XXIII, 522.
Bumm, B., XXIII, 401.
Bunge, Otto, XXIV, 236.
Buren (van), XXIV, 642.
Burckhardt, Albrecht, XXIII, 261, 724; XXIV, 82.
Burkart, R., XXIV, 438.
Burkhardt, H., XXIV, 531.
Bürkner, K., XXIII, 750, 753, 755; XXIV, 726, 727.
Bury, Judson, XXIV, 573.
Busch, XXIII, 38, 265, 303, 522, 716.
Butlin, Henry, XXIII, 660; XXIV, 708.
Butschik, XXIII, 266.
Butte, L., XXIV, 28.
Butter, XXIII, 128.
Byers, J., XXIII, 149.

C

Calmettes, XXIII, 750.
Cambria, XXIV, 741.
Campana, XXIII, 635.
Campardon, XXIV, 104.
Campbell, J., XXIV, 97.
Campenon, V., XXIV, 617.
Canali, XXIV, 741.
Capon, XXIV, 690.
Capranica, E.-S., XXIII, 49, 89.
Carbon, XXIV, 637.
Cardarelli, XXIII, 517, 529.
Carette, XXIII, 360.
Carl, A., XXIV, 685.
Carrieu, XXIII, 160.
Carrington, XXIII, 163.
Carstens, J.-H., XXIV, 228.
Cartaz, A., XXIII, 631.
Carter, XXIII, 581.
Cartier, XXIV, 568.
Cash, Th., XXIV, 704.
Caspari, A., XXIV, 190.
Catuffe, XXIV, 637.
Caulet, XXIII, 465.
Ceccarelli, XXIV, 618.
Ceccherelli, A., XXIV, 306.
Cénas, XXIII, 102.
Cérenville (de), XXIII, 128.
Cervello, XXIV, 462.
Chalot, XXIII, 615.
Chambard, Henon, XXIII, 466.
Chantemesse, XXIV, 151, 198.
Chapuis, XXIV, 271.
Chapuis, E., XXIII, 94.
Charcot, XXIV, 120, 151.
Charpentier, Auguste, XXIV, 351, 415.
Charpentier, XXIII, 638.
Charrin, XXIV, 120.
Châtelain, XXIV, 257.
Chauffard, A., XXIII, 140, 149.
Chauveau, A., XXIII, 516; XXIV, 424.
Chauvel, XXIV, 596, 604, 618.
Chauvet, XXIV, 120.
Chavasse, XXIV, 296.
Chéron, XXIV, 486.
Chiari, O., XXIII, 533, 744; XXIV, 728.
Chittenden, R.-H., XXIV, 47.
Chisalh, XXIII, 732.
Church, W.-S., XXIV, 700.
Chvostek, XXIV, 121.
Ciaccio, U., XXIII, 406.
Cianciosi, A., XXIII, 337.
Clark, Andrew, XXIV, 471.
Clark, Henry-E., XXIV, 298.
Clemente, Romano, XXIV, 618.
Clos, XXIII, 687.
Clutton, XXIV, 349.
Cochez, A., XXIII, 532.
Cocks, David-C., XXIV, 728.
Cockwell, XXIV, 120.
Cœster, XXIV, 445.
Cohn, Hermann, XXIV, 100, 411, 661.
Cohnheim, Jul., XXIII, 432.
Colomiati, XXIII, 511.
Colasanti, Joseph, XXIII, 49, 89.
Cole, Thomas, XXIV, 307.
Collie, XXIII, 128.
Colin, Léon, XXIII, 122.
Colrat, P., XXIII, 468.
Colucci, XXIV, 80.
Comanos, A., XXIV, 440.
Conciliis, Decio (de), XXIV, 701.
Conil, P., XXIII, 117.
Comte, XXIV, 581.
Cook, XXIV, 100.
Cook, Alleyne, XXIII, 88.
Coppola, Fr., XXIV, 434.
Cornil, V., XXIII, 533; XXIV, 68, 84, 432, 485, 558, 697.
Cornillon, XXIII, 164; XXIV, 168.
Corre, XXIII, 122, 481.
Corval (von), XXIV, 291.
Coudray, XXIV, 462.
Councilman, J., XXIII, 57.
Coundouris, XXIII, 350.
Courtade, XXIV, 579.
Courtin, XXIV, 449.
Courvoisier, D.-G., XXIII, 281, 673.

Coutagne, Henri, XXIII, 212; XXIV, 444.
Couzon, XXIII, 350.
Coze, XXIII, 477.
Cramer, F., XXIV, 585.
Craig, William, XXIV, 465.
Cramoisy, XXIII, 645.
Credé, XXIII, 727.
Cullerre, XXIII, 217.
Curci, XXIV, 87.
Curet, XXIII, 106.
Curschmann, K., XXIV, 553.
Czernicki, XXIII, 762; XXIV, 733.
Czerny, XXIV, 220.

D

Da Costa, J.-M., XXIII, 116; XXIV, 496.
Damsch, XXIII, 546.
Danilewski, XXIII, 423.
Danillo, XXIV, 268.
Danner, XXIV, 272.
Darène, J.-B., XXIII, 149.
Dartignolles, XXIV, 585.
Dastre, XXIII, 26, 404.
Daubresse, XXIII, 529.
Dauvé, XXIII, 761.
Davies, Hugh., XXIII, 128.
Davis, Edward, XXIV, 97.
Day, William, XXIII, 467.
Debierre, XXIV, 466.
Debove, XXIII, 110, 172, 557; XXIV, 202.
Decaisne, G., XXIV, 443.
Dechambre, XXIV, 559.
Defontaine, L., XXIII, 653.
Dehenne, XXIII, 731
Déjerine, XXIV, 141, 168, 169, 574.
Delavan, Bryson, XXIV, 705.
Delavarenne, XXIII, 656.
Delens, XXIII, 295.
Deligny, XXIII, 656.
Delmas, XXIII, 764.
Delore, X., XXIV, 581.
Demange, E., XXIV, 109.
Demme, XXIII, 557.
Deniau, XXIII, 172.
Denissenko, XXIII, 719.
Dennert, XXIV, 718.
Dennecé, XXIII, 574.
Depéret, Ch., XXIV, 561.
Derby, Hasket, XXIII, 346.
Derignac, P., XXIII, 149.
Descout, XXIV, 277.
Descroizilles, XXIII, 622.
Desplats, H., XXIII, 99, 102, 117.
Després, A., XXIII, 261, 295; XXIV, 225.
Destureaux, XXIII, 510.
Diakonoff, P., XXIII, 266.
Dianoux, XXIV, 687.
Dick, XXIV, 243.
Dieulafoy, XXIV, 496.
Didion, P., XXIII, 149.
Dimmer, XXIII, 353.
Dippe, XXIII, 503.
Diverneresse, C., XXIV, 596.
Dœnitz, XXIII, 216.
Dogiel, A., XXIII, 8.
Dohrn, XXIV, 12, 252.
Doléris, J.-A., XXIV, 242.
Doré, E., XXIV, 39.
Doumerc, E., XXIII, 437.
Doutrelepont, XXIV, 659.
Douvreleur, XXIII, 71.
Doyen, L., XXIII, 650.
Doyon, XXIII, 656.
Draper, F.-W., XXIV, 100.
Drasche, XXIII, 78, 507.
Drummond, D., XXIV, 110.
Dubois, XXIV, 581.
Duboué, XXIII, 102.
Dubourg, G., XXIV, 618.
Dubrueil, A., XXIII, 115; XXIV, 343.
Duckworth, Dyce, XXIV, 208.
Du Castel, XXIV, 200.
Ducau, A., XXIV, 707.
Duchastelet, L., XXIV, 325.
Duclaux, XXIV, 560.
Dufour, Marc, XXIV, 357, 680.
Duguet, XXIII, 149.
Duhourcau, XXIII, 656.
Dujardin-Beaumetz, XXIII, 110; XXIV, 105, 461, 464.
Dumas, A., XXIII, 105
Dumas, Léon, XXIII, 610.
Dumont, F., XXIV, 296.
Dumontpallier, XXIII, 94.
Dumontier, Désiré, XXIII, 454.
Duncan, Mathews, XXIV, 558.
Dunin, Theodor, XXIV, 485.
Duplay, S., XXIII, 163; XXIV, 335.
Dupont, XXIII, 317, 337; XXIV, 220, 325, 591.
Dupont, Maurice, XXIII, 469.
Dupouy, Ed., XXIII, 488.
Duquesnel, XXIII, 444.
Durand, XXIII, 102.
Duret, H., XXIII, 303.
Durieux, XXIII, 117.
Duroziez, XXIII, 496, 503, 507, 511.
Dusing, Carl, XXIV, 39.
Duterque, XXIII, 247.
Duval, Mathias, XXIII, 140; XXIV, 14.
Duvelius, XXIII, 588.
Dysenfurth, O., XXIV, 527.

E

Eberth, XXIV, 740.
Ebner, XXIII, 588.
Ebstein, W., XXIII, 163, 516; XXIV, 471, 509.
Edinger, Ludwig, XXIII, 66, 435; XXIV, 110.
Edlefsen, XXIV, 741.
Eger, XXIII, 496.
Ehrendorfer, E., XXIII, 225; XXIV, 253.
Ehrlich, P., XXIII, 102, 719; XXIV, 52.
Eisenlohr, C., XXIV, 553.
Elder, George, XXIV, 307, 336.
Eliaschoff, Ida, XXIV, 83.
Ellis, XXIII, 625.
Eloy, XXIII, 164.
Elsberg, Louis, XXIV, 709.
Emich, XXIV, 54.
Emmerich, XXIV, 741.
Emmert, Emile, XXIII, 722, 733; XXIV, 669.
Engelmann, Th., XXIII, 23, 58.
English, XXIV, 343.
Engström, Otto, XXIII, 588.
Erlenmeyer, XXIV, 189.
Eröss, XXIII, 164.
Ertaud, XXIII, 352.
Escalais, XXIII, 349.
Eschbaum, XXIII, 658.
Escherich, XXIV, 52.
Eschle, XXIII, 533.
Eskridge, XXIII, 503, 507.
Esmarch, XXIV, 738.
Estorc, A., XXIV, 207.
Eternod, XXIV, 120.
Etienne, XXIV, 326.
Etter, Paul, XXIII, 685; XXIV, 141.
Eulenburg, A., XXIII, 189; XXIV, 90, 181.
Eulenstein, H., XXIV, 725.
Ewald, C.-A., XXIII, 472; XXIV, 264, 497.
Ewald, J.-R., XXIII, 425, 428.
Exner, Sigm., XXIII, 18.
Eyssautier, Ch., XXIV, 55.

F

Fabre, A., XXIII, 511.
Faisans, XXIV, 120.
Falchi, F., XXIII, 411, 546, 729.
Falk, F., XXIII, 563; XXIV, 455, 456.
Falkson, R., XXIII, 238; XXIV, 643.
Faucon, XXIII, 661.
Faught, G.-Grawille, XXIII, 271.
Fehling, H., XXIII, 225; XXIV, 531.
Feinberg, XXIV, 19.
Feldhausen, XXIV, 740.
Félizet, G., XXIV, 350.
Felsenreich, XXIII, 725; XXIV, 521.
Fenoglio, XXIV, 468.
Fenwick, Edg., XXIV, 604.
Féré, Ch., XXIII, 172, 496; XXIV, 110, 440.
Féréol, XXIII, 122.
Féris, Baz., XXIII, 114, 474, 481.
Fernet, XXIII, 150.
Ferrand, XXIV, 471.
Ferrand, H., XXIV, 81.
Ferraresi, O., XXIII, 687.
Ferras, XXIII, 656.
Ferré, XXIV, 6.
Ferrier, David, XXIV, 140, 411.
Feurer, Gottlieb, XXIV, 643.
Fick, A., XXIV, 42.
Fierz, J.-H., XXIV, 106.
Fillot, XXIII, 302.
Finkelnstein, W., XXIII, 317.
Finkler, D., XXIII, 54.
Finny, Magee, XXIII, 503.
Fiori, G.-M., XXIV, 267.
Fischer, E., XXIII, 266.
Fischer, F., XXIII, 272, 673.
Fischer, G., XXIV, 658.
Fischl, XXIV, 486.
Flaischlein, XXIII, 602; XXIV, 515.
Fleisch, XXIII, 188.
Fleische, XXIV, 471.
Flesch, XXIV, 269.
Fleury, XXIII, 317.
Flint, Austin, XXIII, 94, 474.
Foa, P., XXIV, 426.
Fochier, XXIII, 225.
Fol, Hermann, XXIV, 68, 403.
Forest Villard (de), XXIV, 629.
Forgue, XXIII, 404.
Fosbroke, G.-M., XXIII, 128.
Fournier, Alfred, XXIV, 560.
Fournier, Henri, XXIII, 504.
Fourrier, XXIII, 118.
Foville, A., XXIV, 261.
Fox, Thomas Colcott, XXIV, 555.
Fox, Webster, XXIII, 271.
Frænkel, B., XXIII, 580; XXIV, 693, 702.
Fraenkel, Eugen, XXIII, 62, 215; XXIV, 86, 151, 741.
Fraentzel, XXIII, 471, 533; XXIV, 741.
Fraiche, XXIII, 656.
Franck, XXIV, 230.
Frank, François, XXIII, 67.
Fraser, J.-W., XXIV, 32.
Fraser, Manson, XXIII, 122.
Fredericq, L., XXIII, 423, 425; XXIV, 409.
Freeman, XXIV, 710.
Frendenberg, XXIII, 205.

Freud, Sigm., XXIII, 3; XXIV, 409.
Freund, W., XXIV, 655.
Freyer, M., XXIV, 119.
Freymuth, XXIII, 475.
Friedländer, XXIV, 740, 741.
Friot, XXIII, 122.
Frisch, XXIII, 532.
Fritsch, Heinrich, XXIV, 226, 247.
Froehlich, O., XXIII, 358.
Frömmel, Richard, XXIV, 230.
Fubini, XXIII, 74; XXIV, 30, 93.
Fürbringer, XXIII, 240.
Fürst, Camillo, XXIII, 727.
Fürstner, XXIV, 157.

G

Gaffky, XXIII, 272.
Gaillard, T., XXIII, 614.
Galan, XXIV, 169.
Galezowski, XXIV, 672.
Gallenga, XXIV, 667.
Galvagni, E., XXIII, 571; XXIV, 120.
Gangolphe, XXIV, 603.
Ganzinotty, Léon, XXIV, 245.
Garcin, A., XXIV, 325.
Garnier, L., XXIV, 445.
Garrigue, Henri-F., XXIV, 523.
Gärtner, XXIV, 460.
Gaskell, W.-H., XXIV, 20.
Gaucher, XXIII, 570.
Gautier, Léon, XXIII, 695.
Gautier, V., XXIV, 549.
Gautier de Beauvallon, XXIII, 245.
Gautiez, H., XXIII, 192.
Geffroy, A., XXIII, 140.
Gehle, H., XXIV, 454.
Gellé, XXIII, 748.
Georgiewsky, XXIV, 52.
Gerard, XXIII, 661.
Gérente, XXIV, 258.
Gerhardt, XXIV, 741.
Gerster, A.-G., XXIV, 302.
Germont, XXIII, 242; XXIV, 485, 497.
Gessler, XXIII, 533.
Giacosa, Pietro, XXIV, 54.
Giacomini, C., XXIII, 416.
Gibert, XXIII, 128.
Gignoux, L., XXIII, 466.
Gilbert, XXIII, 493; XXIV, 741.
Giles, G., XXIV, 741.
Giliberti, Russo, XXIII, 445; XXIV, 93.
Gilis, XXIV, 714.
Gillet de Grandmont, XXIII, 723; XXIV, 686.
Gillette, XXIII, 687; XXIV, 617.
Girard, L., XXIII, 149.
Girat, E., XXIII, 81.
Giraud, XXIV, 265, 343.
Giraud, E., XXIII, 474.
Giraudeau, XXIII, 237; XXIV, 140.
Glaser, XXIV, 514.
Glaeser, XXIII, 95.
Glaewecke, XXIII, 462.
Glatz, P., XXIV, 102.
Glénard, Fr., XXIII, 94.
Gluck, M., XXIII, 257.
Glynn, XXIV, 169.
Gnauck, XXIV, 158.
Goldschneider, XXIII, 348.
Goldzieher, XXIV, 665.
Golouboff, Th., XXIII, 82.
Goltz, F., XXIII, 19.
Gonella, XXIV, 686.
Gönner, Alfred, XXIV, 211, 520, 534.
Goodhart, XXIII, 568.
Goodridge, Henry, XXIV, 307.
Gordon, C.-A., XXIII, 122.
Gosselin, XXIII, 256; XXIV, 596.
Goth, Emmanuel, XXIV, 242, 247.
Gottschau, XXIV, 9.
Græfe, von, XXIV, 522.
Gral, Régis, XXIII, 150.
Gram, XXIV, 741.
Grancher, XXIV, 200.
Grant, Francis, XXIV, 577.
Grant, H., XXIII, 511.
Grasset, XXIV, 158.
Graux, G., XXIV, 203.
Grawitz, P., XXIV, 121, 503.
Green, XXIII, 660.
Gréhant, XXIII, 31, 453; XXIV, 420.
Grellety, XXIII, 139.
Grenser, P., XXIV, 514.
Greves, Hyl.-E., XXIII, 503.
Griffini, A.-L., XXIII, 453; XXIV, 741.
Grigg, W.-C., XXIII, 149.
Gripat, H., XXIII, 507.
Grocco, XXIII, 182.
Grœdel, XXIII, 618.
Grognot, XXIV, 103.
Gronau, L., XXII, 687.
Gros, P., XXIII, 529.
Gross, Ferd., XXIII, 251, 295; XXIV, 296.
Gross, Samuel-W., XXIII, 660; XXIV, 307.
Grossmann, Karl, XXIII, 731.
Gruendler, J., XXIII, 449.
Gruenhagen, A., XXIII, 8; XXIV, 29, 403, 411.
Grützner, XXIV, 415.
Gudden (von), XXIV, 158.
Gueniot, XXIII, 629.
Guérard de la Quesnerie, XXIII, 488.
Guichard, XXIII, 225.
Guillemin, XXIII, 252.
Guillouet, Raoul, XXIII, 84.
Guinier, XXIII, 445.
Guiol, XXIII, 488.

Gulliver, G., XXIII, 505.
Gusserow, XXIII, 216.
Güterbock, P., XXIV, 307, 557, 643.
Guttmann, Paul, XXIII, 80, 522, 533; XXIV, 110, 151, 471.
Guy, Hector, XXIV, 464.
Guyot, J., XXIII, 149.
Gysi, XXIII, 722.

H

Haab, O., XXIII, 729; XXIV, 158, 669.
Hache, XXIV, 335.
Haddén. W.-B., XXIV, 110, 537.
Haeckermann, XXIV, 239.
Hagedorn, XXIII, 272.
Hagenbach, XXIV, 541.
Hahn, XXIII, 321.
Hahn, Eugen, XXIII, 672; XXIV, 220, 306, 592, 604, 630, 637.
Hähner, H., XXIV, 471.
Haidlem, XXIII, 727.
Halstead, XXIII, 687.
Halsted, W.-S., XXIV, 456.
Haltenhoff, G., XXIV, 357, 676.
Hammarsten, Olof, XXIV, 42.
Hammond, XXIV, 258.
Hamon-Dufourgeray, XXIII, 488.
Hamonic, P., XXIII, 659.
Hammerbacher, Friedrich, XXIV, 52.
Hampeln, XXIV, 568.
Hanot, XXIII, 163.
Harnack, Erich, XXIII, 76, 449; XXIV, 46.
Harpe (de la), XXIII, 120, 150.
Hartigan, F., XXIV, 547.
Hartog, XXIII, 23.
Harz, W., XXIII, 16.
Hssselwander, XXIII, 312.
Hauser, XXIII, 164.
Haussmann, XXIV, 106, 525.
Hay, Mathew, XXIV, 103.
Hayem, G., XXIII, 493; XXIV, 77, 140, 507, 741.
Heard, XXIII, 216.
Hecker, C., XXIII, 601, 725.
Hegar, XXIV, 421.
Heiberg, Hjalmar, XXIII, 557.
Heidenhain, R., XXIV, 16.
Heilbrun, Bernh., XXIII, 581.
Heilbrunn, A.-A., XXIV, 98.
Heilly (d'), XXIV, 151.
Heiman, XXIII, 321.
Heisrath, XXIV, 355, 677.
Heitler, XXIII, 532.
Hénaff, XXIV, 586.
Henderson, F., XXIII, 597.
Henke, XXIII, 632.
Henneberg, XXIV, 739.
Hennig, XXIV, 243.
Henninger, XXIII, 48.
Henoch, XXIII, 150; XXIV, 121.
Hénocque, A., XXIV, 462.
Henricius, G., XXIII, 214.
Henri, A., XXIII, 294.
Henriet, XXIV, 596.
Henrijean, F., XXIV, 437.
Henrot, Henri, XXIV, 69.
Hering, Th., XXIV, 699, 708.
Hermann, L., XXIII, 418; XXIV, 25 409.
Hermet, XXIV, 575, 714.
Herschel, XXIV, 158.
Hersing, XXIII, 731.
Hervé, XXIV, 405.
Herzen, XXIV, 413.
Hessler, Hugo, XXIV, 453.
Heubner, O., XXIV, 110, 120, 540.
Heuck, G., XXIII, 290.
Heudenlang, XXIV, 169.
Heuse, XXIV, 679.
Heusinger (von), XXIII, 128, 687.
Heusner, XXIII, 122, 615; XXIV, 343.
Heyl, Albert-G., XXIII, 352.
Heynsius, A., XXIII, 27.
Hilbert, Richard, XXIV, 660, 661.
Hiller, A., XXIII, 120, 472; XXIV, 291, 486.
Hindenlang, XXIV, 712.
Hippel (von), XXIV, 692.
Hirschberg, J., XXIII, 355, 724; XXIV, 671, 691.
Hirschler, XXIII, 353.
Hirschsohn, Ed., XXIII, 271.
His, XXIII, 403.
Hlava, XXIV, 471.
Hobson, F.-M., XXIII, 625.
Hock, XXIV, 685.
Hodgson, XXIV, 718.
Hœltzke, XXIII, 718.
Hœmen, E.-A., XXIV, 168.
Hœne, XXIII, 410.
Hœsslin, Rudolf (von), XXIV, 59, 604.
Hoffa, XXIV, 637.
Hoffer, V., XXIII, 78; XXIV, 463.
Hoffmann, F.-A., XXIII, 52, 464; XXIV, 465.
Hoffmann, G. (von), XXIII, 604.
Hofmeier, J., XXIII, 627; XXIV, 211, 229, 239, 247, 250, 512.
Hoggan, Elisabeth, XXIV, 4, 5.
Hoggan, G., XXIV, 2, 4, 5.
Hohenhausen, XXIII, 698.
Holl, XXIII, 12; XXIV, 407.
Hollevoet, XXIV, 303.
Holmes, Timothy, XXIII, 669; XXIV 298, 713.
Holz, XXIII, 216.
Homans, John, XXIII, 581; XXIV, 307.
Homburger, L., XXIII, 149.
Hooper, F.-H., XXIV, 709.

Hopmann, C.-M., XXIII, 735.
Hooper, F.-H., XXIII, 428.
Horner, F., XXIV, 663, 672, 677.
Horstmann, XXIII, 128.
Horteloup, XXIII, 660.
Hortolès, XXIV, 486.
Horwitz, XXIV, 519.
Hosch, Fr., XXIV, 676.
Howe, Joseph, XXIV, 325.
Huchard, F., XXIII, 172.
Huchard, H., XXIII, 192.
Hugounenecq, XXIII, 431.
Huguenin, XXIV, 120, 151, 169.
Hume, G.-H., XXIII, 642.
Hundeshagen, Frank, XXIII, 47.
Hunt, David, XXIII, 345.
Hutchinson, Jonathan, XXIV, 714.
Hutinel, V., XXIII, 139.
Hyde, James-Nevius, XXIV, 551.

I

Imbert, G., XXIII, 708.
Immermann, XXIV, 169.
Imre, Jos., XXIII, 346.
Israel, James, XXIII, 321, 739; XXIV, 303, 307, 308, 603, 643.
Iselin, Jacob, XXIII, 419.
Izzigonis, XXIV, 691.

J

Jacobi, A., XXIII, 734; XXIV, 546.
Jacoby, George-W., XXIV, 637.
Jacquet, XXIV, 438.
Jacquin, A., XXIII, 734.
Jacubasch, XXIII, 632; XXIV, 202.
Jacusiel, XXIV, 109.
Jæger, XXIV, 119.
Jaksch, XXIII, 569.
Jaillet, XXIV, 105.
Jalaguier, Ad., XXIV, 596.
James, Alex., XXIV, 418.
Janicke, O., XXIV, 426.
Jannin, E., XXIII, 256.
Janssen, XXIV, 471.
Janssens, XXIII, 129.
Japhet, XXIII, 656.
Jarisch, XXIV, 181.
Jarvis, W.-C., XXIV, 713.
Jastrowitz, XXIV, 575.
Jelenski, Heinrick, XXIII, 102.
Jelley, XXIV, 740.
Jendrassik, E., XXIV, 181.
Jenny, XXIII, 705.
Jennings, O., XXIII, 114.
Jersey, XXIV, 585.
Jobard (de Vassy), XXIV, 325.
Johnson, G., XXIV, 140.
Johnson, XXIV, 486.
Johnstone, Carlyle, XXIV, 120.
Jolly, XXIII, 32.
Joly, A., XXIV, 714.
Jomini, A., XXIII, 303.
Jones, Ridge, XXIV, 140.
Jones, Robert, XXIV, 591.
Jonquière, Georges, XXIII, 740.
Jouet, Daniel, XXIV, 438.
Juk, XXIV, 100.
Julliard, M., XXIII, 321, 701.
Jungbluth, Hermann, XXIII, 611.
Jürgensen, XXIV, 741.

K

Kabierske, XXIII, 615.
Kahlden (von), XXIII, 658.
Kahler, XXIV, 3.
Kaltenbach, XXIV, 211, 230, 251.
Kammerer, F., XXIV, 580.
Kampf, N., XXIV, 703.
Kanzler, XXIII, 533.
Kaposi, XXIV, 564.
Kappeler, O., XXIV, 119.
Karg, XXIII, 289; XXIV, 591.
Karevski, F., XXIII, 189; XXIV, 643.
Kassowitz, XXIV, 571.
Kast, XXIII, 493.
Katz, L., XXIV, 729.
Kaufmann, C., XXIV, 305, 343, 656.
Kealing, John, XXIII, 504.
Kealing, John-M., XXIII, 626.
Keller, C., XXIV, 731.
Kelsch, XXIV, 433, 486.
Kerschenteiner, XXIV, 740.
Kiener, XXIV, 433, 486.
Kehrer, XXIV, 530.
Kern, XXIII, 648.
Kild, Percy, XXIV, 706.
Kirchoff, XXIII, 182; XXIV, 65.
Kirmisson, E., XXIII, 68, 295; XXIV, 343.
Kirn, XXIII, 453.
Kitajewsky, M.-K., XXIII, 660.
Kleinwächter, XXIV, 517.
Klikowitsch, L.-Stan., XXIII, 441; XXIV, 89.
Klink, XXIV, 578.
Klotz, XXIII, 214.
Knabe, XXIV, 100.
Knie, A., XXIII, 660.
Knipper, H.-F., XXIII, 47.
Knipping, XXIII, 80.
Knœvenagel, XXIII, 764.
Kobert, R., XXIII, 425, 428.
Koch, G., XXIII, 120.
Koch, Whilhem, XXIV, 585, 643, 730.

Kocher, Th., XXIII, 256, 271, 660, 673, 684, 703; XXIV, 220, 735.
Kœbner, Heinrich, XXIII, 646; XXIV, 107, 552.
Kœhler, A., XXIV, 272.
Kœlliker, Th., XXIV, 5.
Kœnig, XXIV, 603.
Kœrner, Otto, XXIII, 434.
Koerte, XXIII, 320.
Kœster, XXIV, 57, 471.
Kohler, O., XXIII, 63.
Kohts, O., XXIII, 107.
Kollmann, Oscar, XXIV, 108.
Koltschewski, XXIII, 317.
Kompe (de Cassel), XXIII, 698.
Konetschke, XXIII, 709.
Königstein, XXIV, 406.
Korteweg, XXIII, 294.
Körting, XXIII, 762.
Köster, XXIII, 522.
Kowalewsky, P., XXIII, 402.
Krakauer, XXIII, 744.
Krasowski, N., XXIII, 317.
Krause, Fedor, XXIII, 533; XXIV, 431, 671, 672.
Kroenlein, R.-V., XXIII, 672; XXIV, 119, 617.
Kroner, T., XXIV, 230, 525.
Krukenberg, G., XXIII, 337; XXIV, 436.
Kuemmell, Hermann, XXIII, 632, 712.
Kuester, E., XXIII, 188. 290, 300, 706, 708; XXIV, 119, 307, 585, 643.
Kühn, A., XXIV, 110, 740.
Kühne, W., XXIV, 47.
Kulenkampff, D., XXIII, 687; XXIV, 291.
Külz, E., XXIV, 51, 52.
Kurz, Edgar, XXIV, 211.
Kusmin, XXIII, 403; XXIV, 169.
Kussner, B., XXIII, 546.
Küstner, XXIII, 201.

L

Laache, XXIV, 507.
Labbé, Léon, XXIII, 660.
Laborde, V., XXIII, 71, 256, 444.
Laboulbène, XXIII, 482.
Lacassagne, A., XXIV, 271.
La Celle de Chateaubourg, A. (de), XXIV, 470.
Ladame, XXIV, 286.
Lafargue, Eugène, XXIV, 96.
Laffont, XXIII, 427.
Laker, Karl, XXIII, 408.
Lallemant, XXIII, 128.
Lancelot, XXIII, 732.
Lancereaux, E., XXIII, 479.
Landau, XXIV, 306, 307.
Landesberg, XXIII, 359; XXIV, 661.
Landouzy, XXIII, 557; XXIV, 168.
Landwehr, Ad., XXIV, 45.
Lane, XXIII. 522.
Lang, Ed., XXIV, 698.
Lange, F., XXIII, 639; XXIV, 591, 604, 637.
Langenbeck (von), XXIII, 290.
Langenbuch, Carl, XXIII, 321; XXIV, 291.
Langer, L., XXIII, 172, 523; XXIV, 168.
Langerfeldt, Otto, XXIV, 96.
Langiey, J.-N., XXIII, 451.
Langmaid, W., XXIII, 739.
Lannegrace, XXIII, 404.
Lannelongue, XXIII, 64.
Lannois, M., XXIII, 752; XXIV, 30, 168.
Laqueur, XXIV, 665.
Larger, XXIII, 660; XXIV, 552, 618.
Laroche, Ph., XXIV, 277.
Larrivé, L., XXIII, 265.
Lasègue, Ch., XXIII, 249.
Lassar, Oscar, XXIV, 553, 566.
Lassègue, L., XXIII, 516.
Lauenstein, Carl, XXIII, 673; XXIV, 234, 604.
Launois, XXIV, 306.
Laveran, XXIV, 200.
Lazarus, XXIV, 26.
Lebedeff, A., XXIV, 241.
Le Bon, G., XXIII, 271.
Lebrun, J., XXIII, 149.
Ledderhose, XXIV, 617.
Le Dentu, XXIV, 603.
Lediard, A., XXIII, 271.
Lefebvre, Henri, XXIV, 246.
Lefferts, George, XXIII, 742.
Lefort, J., XXIV, 41.
Le Fort, Léon, XXIII, 660.
Lefour, XXIV, 450.
Legg, Wickham, XXIII, 504, 529.
Le Gendre, XXIII, 244; XXIV, 741.
Legendre, P., XXIII, 522.
Legrand du Saulle, XXIV, 272.
Lehmann, Karl-B., XXIV, 28, 31, 34, 419.
Lehmann, L., XXIII, 466.
Leichtenstern, Otto, XXIV, 471.
Leisrink, H., XXIII, 256, 271, 294, 337, 598.
Leloir, XXIV, 551, 558.
Lemaigre, P., XXIII, 140.
Lemaistre, XXIII, 283.
Lemcke, C., XXIV, 140.
Lemoine, G., XXIII, 752; XXIV, 168.
Lemonnier, G., XXIV, 550.
Lenhartz, H., XXIV, 168.
Leopold, G., XXIII, 38, 588, 618; XXIV, 9, 211, 307.
Le Page, XXIII, 647.

Lépine, R., XXIII, 149, 496, 517; XXIV, 30, 120.
Leplichey, XXIV, 235.
Lermoyez, XXIII, 239.
Leroux, Ch., XXIII, 628.
Lesser, XXIV, 737.
Letnick, XXIV, 572.
Letulle, XXIV, 190.
Leube, W., XXIII, 133, 473; XXIV, 471.
Levy Fritz, XXIV, 252.
Lew, J., XXIII, 317.
Lewandowsky, H., XXIII, 737.
Lewaschew, S., XXIII, 33, 64, 441.
Lewin, G., XXIII, 522; XXIV, 140, 557.
Lewin (de Bonn), XXIV, 692.
Lewis, Daniel, XXIV, 60.
Leyden, XXIII, 164, 497; XXIV, 140, 741.
Lhomme, XXIII, 75.
L'Hote, XXIII, 454; XXIV, 452.
Lichtheim, L., XXIII, 188; XXIV, 82, 158, 496.
Liebrecht, P., XXIII, 704.
Liégeois, Ch., XXIII, 740.
Lilienfeld, Albert, XXIV, 74.
Liman, C., XXIV, 272.
Lindenbaum, Th., XXIII, 321.
Lindmann, XXIII, 557.
Lingen, XXIII, 688.
Lister, XXIII, 265.
Litten, XXIII, 164.
Little, James-L., XXIII, 352; XXIV, 596.
Litzmann, C., XXIII, 216.
Lloyd, XXIII, 238.
Löberg, XXIV, 740.
Löbker, XXIV, 586, 603.
Loew, O., XXIII, 44.
Löhlein, XXIII, 216; XXIV, 211, 247, 514, 515.
Lombard, H.-Cl., XXIII, 702.
Long, XXIV, 121.
Longstreth, XXIV, 496.
Longuet, R., XXIII, 196, 283; XXIV, 733.
Lopez, Miguel-Mendoza, XXIII, 597.
Lorentzen, XXIV, 277.
Loring XXIV, 158.
Lortet, XXIII, 635.
Löwit, M., XXIII, 24.
Lubanski, XXIII, 766.
Luc, XXIV, 676.
Lucae, XXIV, 727.
Lucas, Clement, XXIII, 738; XXIV, 306, 545.
Lucas-Championnière, J., XXIII, 225, 255, 256, 660.
Luchsinger, B., XXIII, 25, 87.
Luciani, L., XXIII, 417.
Lücke, XXIV, 617.
Lühe, XXIV, 736.
Lukjanow, S.-M., XXIII, 422, 516.
Luquet, XXIII, 149.
Lussana, XXIV, 413.
Luys, XXIV, 266, 410.
Luzzati, XXIV, 30.
Lyman, G., XXIV, 509.

M

Macdonald, J., XXIII, 493.
Machay, J.-Yule, XXIV, 659.
Mackenzie, G.-Hunter, XXIII, 734.
Mackenzie, John-N., XXIII, 734; XXIV, 576, 699, 706.
Mackenzie, Morell, XXIV, 694.
Mackenzie, Stephen, XXIII, 234; XXIV, 140, 208.
Macleod, Neil, XXIII, 511.
Macrocki, XXIV, 675.
Magnan, XXIV, 257, 456.
Magnus, XXIV, 678, 690.
Mahéo, XXIII, 765.
Mahomed, XXIV, 496.
Majocchi, XXIV, 566.
Makins, G., XXIV, 547.
Malassez, XXIV, 62.
Malherbe, A., XXIII, 140.
Malins, XXIII, 580.
Maly, XXIV, 54.
Manchon, XXIII, 651.
Mandach, F. (von), XXIV, 211.
Mandelstamm, B., XXIII, 5, 359.
Mann, J., XXIII, 211.
Mannkopf, XXIV, 120.
Manouvriez, Anatole, XXIV, 449.
Maquart, XXIII, 102.
Maragliano, XXIII, 161, 478.
Marandon de Montyel, XXIII, 246; XXIV, 260, 263.
Marcacci, XXIV, 120.
Marchand, Emile, XXIV, 62.
Marchand, XXIV, 486.
Marcus, S., XXIII, 60, 74.
Mareau, Ernest, XXIV, 453.
Marey, XXIII, 421.
Margary, XXIV, 604, 629.
Marie, P., XXIII, 529.
Marshall, John, XXIV, 307.
Martel, XXIII, 428.
Marti, XXIII, 87.
Martin, Ant., XXIII, 91.
Martin, A., XXIII, 216; XXIV, 211, 220, 252, 307.
Martin, Edouard, XXIII, 737.
Martin, H., XXIII, 406, 496, 557, 563.
Martin, XXIV, 355.
Martin, H. (de Vevey), XXIII, 241; XXIV, 643.
Martinet, J., XXIII, 516.

Martini, XXIII, 11.
Marty, J., XXIV, 465.
Marvaud, A., XXIV, 731.
Marzano, XXIV, 579.
Mascarel, XXIV, 287.
Maschka, XXIV, 277, 284, 450.
Massay, E.-A., XXIII, 645.
Massei, F., XXIV, 697.
Massini, XXIV, 469.
Mathieu, Alb., XXIII, 497.
Matray, XXIV, 741.
Maubrac, O., XXIII, 407.
Maudsley, H., XXIII, 242.
Maurer, A., XXIII, 213, 321.
Maurer, F., XXIII, 673.
Mauriac, XXIII, 649.
May, Bennett, XXIV, 307.
May, John, XXIV, 543.
Maydl, C., XXIII, 660, 698.
Mayer, Georg, XXIV, 210, 228.
Mayerhausen, XXIII, 350.
Mayet, XXIV, 110.
Maygrier, XXIII, 209.
Mazzucchelli, XXIV, 618.
M'Bride, P., XXIII, 753; XXIV, 705.
M'Burney, Ch., XXIV, 604.
M'Dowall, XXIII, 172.
Meadows, Alfred, XXIII, 588.
Mears, Ewing, XXIII, 580.
Medini, XXIV, 618.
Méhu, XXIII, 41.
Meigs, A., XXIV, 471.
Melle, G., XXIV, 697.
Menche, H., XXIII, 93.
Mendel, XXIII, 189, 401.
Mendelson, W., XXIV, 76.
Mendelssohn, Maurice, XXIII, 421; XXIV, 19, 741.
Mendiondo, XXIII, 493.
Mennicke, R., XXIII, 76.
Mensel, XXIII, 321.
Menzel, Hugo, XXIV, 230.
Mercier, A.-F., XXIV, 245.
Merault, Martialis, XXIV, 352.
Mering (von), XXIII, 455; XXIV, 36.
Merkel, Adolph, XXIV, 528.
Merkel, Gottlieb, XXIII, 79.
Merklen, P., XXIII, 149.
Mestral, V. (de), XXIII, 337.
Meulen, G., ter, XXIV, 109.
Meuli, Johann, XXIV, 420.
Meunier, E.-M.-J., XXIII, 140.
Meyer, H., XXIV, 407.
Meyer, Moritz, XXIV, 102.
Meyez, P., XXIV, 554, 629.
Michael, J., XXIV, 726.
Michaelis, A., XXIV, 735.
Michailow, Wladimir, XXIV, 47.
Mielck, W.-H., XXIII, 271.
Miglioranza, XXIII, 461.
Mikulicz, XXIII, 588, 672.
Millard, XXIII, 233.
Miller, John-S., XXIV, 584.
Milligan, V., XXIII, 347.
Mills, Charles, XXIII, 172; XXIV, 445.
Milne-Edwards, H., XXIII, 181.
Minoir, L., XXIII, 63.
Miot, XXIV, 714.
Miquel, P., XXIII, 61.
Mirabel, M., XXIII, 149.
Mises (von), XXIII, 7.
Mitchell, S.-Weir, XXIII, 114; XXIV, 88, 298.
Mitlendorf, XXIII, 354.
M'Munn, XXIII, 740.
Möbius, XXIII, 529; XXIV, 440.
Modrzejewski, E., XXIV, 562.
Mœller, P.-K., XXIV, 211.
Moellmann, XXIV, 740.
Mœricke, XXIV, 211, 515.
Mollière, Daniel, XXIV, 287, 617, 650.
Mollière, Humbert, XXIII, 188, 522; XXIV, 508, 694.
Monakow (von), XXIV, 401.
Moncorvo, XXIII, 623, 626.
Mondan, G., XXIV, 303.
Mondini, XXIV, 19.
Money, Angel, XXIV, 536.
Monin, XXIII, 488.
Monnereau, XXIV, 97.
Monnier, XXIV, 586.
Monod, Ch., XXIII, 303; XXIV, 325, 547.
Moore, A.-A., XXIII, 601.
Moore, Herman, XXIII, 511.
Moos, S., XXIII, 754; XXIV, 720, 721, 725.
Morat, XXIII, 26, 404.
Mordret, E., XXIV, 262.
Morel, XXIII, 510.
Morgan, XXIII, 687.
Moriggia, A., XXIV, 412.
Morison, R., XXIII, 645.
Morris, Malcolm, XXIII, 642.
Morselli, XXIII, 85.
Mory, XXIII, 87.
Moses, XXIV, 637.
Mosetig-Moorhof, XXIV, 603.
Mosler, J., XXIII, 115.
Mosler, Fr., XXIII, 497, 546.
Mossé, XXIII, 172.
Motet, A., XXIV, 271, 440.
Mouchet, XXIII, 283; XXIV, 230.
Moure, E.-J., XXIII, 750; XXIV, 703.
Mouret, A., XXIV, 486.
Mourson, J., XXIII, 51.
Moxter, XXIV, 514.
Muller, Friedrich, XXIII, 626.
Müller, H., XXIV, 562.
Muller (de Lille), XXIV, 326.
Müller, P., XXIV, 9, 239, 241.
Muntz, A., XXIII, 438.

Muralt, W. (von), XXIV, 291, 680.
Murie, R.-E., XXIII, 672.

N

Nachter, R., XXIII, 636.
Naether, R., XXIV, 109.
Naunyn, XXIII, 164.
Nauwerck, C., XXIII. 496, 563.
Neelsen, F., XXIII, 533; XXIV, 423.
Neftel, B.-W., XXIII, 182.
Negel, Vassile, XXIII, 652.
Neisser, A., XXIV, 426.
Nencki, M., XXIV, 49.
Nepveu, XXIV, 578, 603.
Neuber, G., XXIII, 272.
Neukirch, Richard, XXIII, 459, 496.
Neumann, XXIV, 343.
Neurisse, E., XXIII, 139.
Newman, David, XXIV, 306.
Nicaise, XXIII, 265; XXIV, 60, 70.
Nicol, XXIII, 459.
Nicolaï, XXIII, 758.
Nicolas, XXIII, 128.
Nieden, XXIV, 686.
Niehans, XXIV, 596.
Nielly, Maurice, XXIII, 481.
Nikolsky, XXIV, 109.
Nina, Alm., XXIV, 92.
Nimier, XXIII, 715.
Nobed, C., XXIV, 56.
Nolen, XXIV, 741.
Noquet, XXIII, 237.
Norström, XXIV, 98.
Notta, XXIII, 295.
Nuel, J.-P., XXIV, 409.

O

Obalinski, XXIV, 655.
Obersteiner, XXIV, 440.
Odebrecht, XXIV, 211, 220.
Œschner de Conink, XXIII, 74.
O'Hara, XXIII, 504.
Oliver, XXIII, 746.
Olivet, XXIV, 257.
Ollier, L., XXIII, 710; XXIV, 603, 604, 630.
Ollivier, Aug., XXIII. 160
Olshausen, R., XXIV, 220, 243.
Omboni, Vincenzo, XXIII, 282.
Openchowski, XXIII, 4.
Opitz, XXIV, 531, 534.
Orgeas, XXIII, 488.
Ormerod, J.-A., XXIV, 573.
Osler, XXIII, 164, 523.
Ost, XXIV, 741
Ostapensko, XXIV, 100.
Otis, P.-W., XXIV, 343.
Ott, Lambert, XXIV, 539.
Otto, Jac.-G., XXIV, 44.
Ottolenghi, XXIII, 74.
Overbeck de Meijer (van), XXIII, 488.
Oxley, Martin, XXIV, 64.
Ozenne, XXIII, 192, 654; XXIV, 577.

P

Page, Herbert, XXIV, 545.
Palmer, C.-D., XXIV, 307.
Panzeri, XXIV, 618.
Papadakis, XXIV, 445.
Parant, XXIII, 245; XXIV, 263.
Parinaud, XXIII, 8; XXIV, 355.
Paris, XXIII, 317.
Parker, Rushton, XXIII, 312.
Parkes, Ch.-T., XXIII, 687.
Parkin, John, XXIII, 469.
Parrot, J., XXIII, 139, 563.
Partsch, XXIII, 697.
Partzewski, XXIII, 493.
Pasquier, XXIII, 648.
Patchet, XXIV, 741.
Paul, Constantin, XXIII, 496.
Paulsen, E., XXIII, 39.
Pauly, XXIII, 707.
Péan, XXIII, 265.
Pécholier, G., XXIII, 86, 108.
Pedrini, XXIII, 581.
Pégot, XXIII, 656.
Pelizaeus, XXIV, 182.
Pellacani, XXIV, 426.
Penkert, XXIV, 740.
Pennel, XXIII, 522.
Penzoldt, XXIV, 470.
Pepper, XXIII, 529.
Peretti, Jos., XXIII, 119; XXIV, 151.
Périer, Ch., XXIV, 325.
Perroncito, XXIII, 66.
Persh, Bernard, XXIV, 584.
Peter, XXIII, 496.
Petersen, XXIV, 63, 455.
Petit, L.-H., XXIII, 321; XXIV, 596.
Petri, XXIII, 532.
Petrone, XXIII, 88, 118.
Pfitzner, W., XXIII, 409.
Pflüger, XXIII, 723, 724; XXIV, 687.
Pflüger, E., XXIII, 35; XXIV, 158.
Phedran, Mac, XXIII. 460.
Phillips, Sydney, XXIII, 651.
Phisalix, C., XXIII, 414.
Picard, H., XXIV, 343.
Pick, XXIV. 298.
Picot, C., XXIII, 634.
Picot, J.-J., XXIV, 203.
Picqué, L., XXIV, 596.
Pierson, XXIV, 584.
Pilcher, Lewis, XXIII, 705.
Pimblet, XXIII. 312.
Pinard, H., XXIII, 172.

Pincus, Pohl, XXIV, 566.
Pincus, H., XXIII, 581.
Pinet, XXIII, 60.
Pinner, O., XXIV, 591.
Pisenti, XXIV, 503.
Pitres, A., XXIV, 120, 202.
Planteau, H., XXIII, 409.
Plosz, P., XXIV, 51.
Pluyaud, P.-J., XXIII, 140.
Pœhl, A., XXIII, 45, 49, 687.
Poelchen, XXIII, 312, 475; XXIV, 456.
Poels, XXIV, 741.
Poincaré, L., XXIII, 128; XXIV, 449.
Poinsot, Georges, XXIII, 261.
Poirier, P., XXIII, 295.
Polaillon, XXIII, 695; XXIV, 618.
Politzer, A., XXIV, 533, 714.
Polk, XXIV, 306.
Pollak, L., XXIII, 181.
Pollard, XXIV, 336.
Polosson, XXIII, 320.
Pommer, Gustave, XXIV, 8.
Poncet, A., XXIV, 584.
Poncet (de Cluny), XXIV, 679.
Pons, XXIV, 261.
Poore, C.-T., XXIV, 618.
Popoff, N., XXIII, 266, 460, 517.
Porochjakow XXIV, 241.
Posner, C. XXIV, 336.
Post, Abner, XXIV, 287.
Postdamer, J.-B., XXIV, 703.
Pott, Robert, XXIV, 27.
Potthast, XXIV, 33.
Poulet, XXIV, 736.
Poullet, XXIII, 473, 605.
Pozzi, Samuel, XXIII, 283; XXIV, 579, 596.
Prahl, XXIII, 272.
Pramberger, Hugo, XXIII, 522.
Prati, T., XXIII, 321.
Prevost, J.-L., XXIV, 120.
Prior, XXIII, 532.
Pribram, XXIII, 182.
Prochownick, L., XXIII, 75, 201, 581; XXIV, 106, 236
Prœbsting, XXIII, 516.
Proust, XXIV, 169.
Prudden, Mitchell, XXIV, 65.
Purjesz, S., XXIV, 202.
Pusinelli, XXIII, 478.
Putnam, James, XXIV, 509.

Q

Queirel, XXIII, 465, 588.
Queirolo, XXIII, 78; XXIV, 464.
Quincke, XXIII, 163, 164; XXIV, 120, 470.
Quinlan, XXIII, 471; XXIV, 108.
Quinquaud, XXIII, 453; XXIV, 420.

R

Rabeau, XXIII, 99.
Rabenau (von), XXIII, 571; XXIV, 220.
Rabot, E., XXIV, 95.
Rabuteau, XXIV, 89, 460.
Raehlmann, XXIV, 350.
Ramonat, XXIII, 651.
Ramonède, L., XXIII, 303.
Ramskill, XXIV, 120.
Randolph, N.-A., XXIV, 448.
Ranguedat, XXIII, 653.
Ranke, XXIII, 266; XXIV, 535.
Ranvier, F., XXIV, 402.
Rapin, E., XXIII, 702; XXIV, 514.
Ransohoff, J., XXIV, 336.
Rawa, XXIV, 18.
Rawdon, Henry-G., XXIV, 307.
Rawlinson, R., XXIII, 755.
Raymond, XXIII, 546; XXIV, 151.
Recklinghausen, F. (von), XXIV, 562.
Redard, XXIII, 711.
Redier, XXIII, 86.
Regeczy (von), XXIII, 436.
Regnard, Paul, XXIII, 265.
Regnauld, J., XXIV, 437.
Rehn, L., XXIV, 654.
Reich, XXIII, 718, 729.
Reisinger, XXIV, 120.
Reismann, XXIV, 119.
Remak, Ernst, XXIII, 192; XXIV, 303.
Rémy, Ch., XXIV, 88.
Renard, XXIV, 733.
Renaut, J., XXIII, 10, 413.
Rendu, H., XXIII, 511, 529.
René, A., XXIII, 412.
Renton, XXIV, 592.
Renzi (de), XXIII, 477; XXIV, 100, 103.
Repéré, XXIII, 243.
Repond, Paul, XXIII, 266.
Réthi, XXIV, 710.
Reverdin, J.-L., XXIII, 337; XXIV, 581, 604, 630.
Reyer, W., XXIII, 426.
Rheindorf, XXIV, 680.
Ribbert, Hugo, XXIII, 434, 547; XXIV, 471.
Ribemont, XXIII, 207.
Richardson, Elliott, XXIII, 615.
Richelot, L.-G., XXIII, 321; XXIV, 596.
Richer, Paul, XXIV, 40.
Richert, R., XXIV, 31.
Richet, A., XXIII, 716.

Richet, Ch., XXIII, 420; XXIV, 18, 429.
Rickards, Edwin, XXIV, 503.
Riedel, B., XXIII, 271, 321; XXIV, 190.
Riedenger, XXIII, 588.
Riegel, XXIII, 188; XXIV, 486.
Riesell, XXIV, 741.
Riess, L., XXIII, 455, 476.
Riggi, G., XXIV, 104.
Ringer, Sidney, XXIII, 441, 451.
Rinsema, Th., XXIII, 511.
Ritter, Adolf, XXIII, 446.
Rivals, XXIII, 507.
Robert, XXIV, 604.
Robert, J., XXIII, 23.
Roberts, J., XXIV, 308.
Robin, XXIII, 110.
Robin, Albert, XXIII, 150, 250; XXIV, 714.
Robin, V., XXIV, 617.
Robinson, H., XXIII, 461.
Robson, Mayo, XXIV, 591.
Rochard, E., XXIII, 482.
Roe, XXIV, 696.
Roehrig, A., XXIII, 577.
Roger, H., XXIII, 620.
Roggenbau, P., XXIII, 321.
Rogowitch, XXIV, 434.
Rohmer, XXIII, 654.
Rollet, XXIII, 635.
Rönnberg, XXIV, 738.
Ronsin, Almire, XXIV, 56.
Roques, XXIV, 496.
Rose, E., XXIII, 588, 669, 687.
Rose L., XXIV, 485.
Rosenbach, J., XXIII, 57, 493; XXIV, 307, 430, 470.
Rosenstein, XXIV, 741.
Rosenthal, XXIII, 172.
Roser, W., XXIII, 687; XXIV, 702.
Ross, James, XXIV, 537.
Rossbach, M.-J., XXIII, 736; XXIV, 90.
Rossi, E. (de), XXIV, 714.
Roth, XXIV, 190, 738.
Rouget, Ch., XXIII, 32, 33, 74.
Rousseau, F.-M.-A., XXIII, 151.
Rousseau, G.-J., XXIII, 94.
Roussel, A.-E., XXIV, 448.
Roux, XXIV, 428.
Rovighi, XXIV, 93.
Roy, S., XXIII, 432.
Royer, XXIII, 656.
Ruault, Alb., XXIII, 507.
Rühle, XXIII, 522; XXIV, 741.
Rummo, Gaetano, XXIII, 470, 477; XXIV, 85.
Rumpe, XXIII, 225, 600; XXIV, 249.
Rumpf, Th., XXIV, 413, 417.
Runeberg, J.-W., XXIII, 53.
Runge, Max, XXIV, 38, 236, 285, 529.
Rupprecht, Paul, XXIII, 660.
Russell, William, XXIII, 496.
Rütimeyer, L., XXIII, 533.
Ruyssen, XXIV, 466.
Rydygier, XXIII, 266, 321, 673; XXIV, 630.

S

Sabatier, Ant., XXIII, 255.
Sabourin, Ch., XXIII, 15; XXIV, 63, 503.
Sabucedo, S., XXIII, 107.
Sadrain, L., XXIII, 149.
Sahli, W., XXIV, 15, 169, 415.
Sainsbury, Harrington, XXIII, 441; XXIV, 90.
Saint-Germain (de), XXIII, 254; XXIV, 618.
Saint-Martin, L. (de), XXIV, 416.
Sajous, C.-E., XXIV, 694.
Salamé, XXIV, 683.
Salkowsky, E., XXIV, 47.
Salvioli, XXIV, 741.
Sambuc, XXIV, 470.
Samelsohn, XXIV, 151.
Sands, H.-B., XXIV, 296, 543.
Sänger, M., 225, 588; XXIV, 226.
Sanson, André, XXIV, 87.
Santi (de), XXIV, 737.
Santini, XXIV, 93.
Sauton, J., XXIV, 266.
Sappey, E., XXIII, 9.
Sarrade, H., XXIV, 189.
Sattler, XXIII, 732.
Saundby, A., XXIII, 192; XXIV, 496.
Sawyer, James, XXIII, 496.
Sauvage, XXIII, 532.
Schadewald, XXIII, 455.
Schäfer, H., XXIV, 663, 699.
Schäffer, XXIII, 472.
Schatz, Friedrich, XXIV, 526.
Schech, XXIII, 741.
Scheef, XXIV, 741.
Scherck, XXIV, 680.
Schetelig, XXIV, 202.
Schiff, E., XXIV, 181.
Schiff, M., XXIII, 19; XXIV, 435.
Schilling, XXIV, 107.
Schirmer, G., XXIII, 726.
Schlagdenhauffen, XXIII, 51.
Schliephake, Ferdinand, XXIV, 71.
Schmid, XXIV, 741.
Schmidt, Al., XXIII, 26, 312; XXIV, 27.
Schmidt, Benno, XXIII, 316.
Schmidt, J., XXIV, 140.

Schmidt-Mülheim, XXIV, 57.
Schmidt-Rimpler, H., XXIV, 675.
Schmitt, XXIII, 164.
Schmuziger, F., XXIV, 486.
Schneider, Justin, XXIV, 526.
Schnitzler, XXIV, 706.
Schoeler, XXIII, 355, 719; XXIV, 687.
Schœnborn, XXIV, 585.
Schœnfeld, XXIII, 196.
Schramm, J.-H., XXIV, 307, 652.
Schreiber, J., XXIV, 98, 202.
Schrœder, Karl, XXIV, 211, 220, 236, 680.
Schrœder, W. (von), XXIII, 447.
Schuchardt, Carl, XXIII, 533, 634; XXIV, 471.
Schultze, B., XXIV, 229.
Schulz, H., XXIII, 265.
Schulz, L., XXIII, 69.
Schulz, R., XXIV, 181.
Schulze, B., XXIII, 443.
Schütz, A., XXIV, 534.
Schwabach, XXIV, 723.
Schwalbe, XXIII, 337.
Schwartz, A., XXIV, 181.
Schwartz, E., XXIV, 325, 629.
Schwarz, E., XXIV, 522.
Schwendt, Anton, XXIV, 353.
Schwengers, H., XXIV, 471.
Secretan, Louis, XXIII, 744.
Seager, Herbert, XXIV, 95.
Sedan, XXIV, 679.
Sée, Germain, XXIII, 496, 532.
Sée, Marc, XXIII, 660; XXIV, 637.
Seegen, XXIII, 40.
Seeligmüller, XXIII, 234.
Segond, Paul, XXIII, 337.
Seguin, XXIV, 14.
Séguin, XXIV, 470.
Seitz, Johanne, XXIII, 750; XXIV, 654.
Séjournet, XXIII, 256.
Seligsohn, XXIII, 750.
Semmola, M., XXIII, 68; XXIV, 471, 569.
Semon, Felix, XXIII, 746; XXIV, 708.
Sénac-Lagrange, XXIII, 656.
Senator, H., XXIII, 630; XXIV, 108, 140, 470, 496.
Senfft, XXIV, 741.
Senn, N., XXIV, 591.
Seppilli, XXIII, 181, 200.
Servolles, J.-M., XXIII, 162.
Setschenow, J., XXIII, 434; XXIV, 40.
Sevestre, XXIII, 172.
Sexton, S., XXIII, 749.
Seymour, W.-Wotkin, XXIV, 526.
Sharkey, XXIV, 469.
Shattuck, G.-B., XXIV, 100.
Shirmunski, XXIV, 26.
Sidler, XXIV, 741.
Siebenmann, XXIV, 723.
Sieber, N., XXIV, 49.
Siebold, Otto, XXIV, 255.
Siedamgrotzky, XXIII, 546.
Siegen, XXIII, 265.
Sieur, XXIV, 202.
Sigismund, R., XXIV, 663.
Silbermann, Oscar, XXIII, 624; XXIV, 306, 542.
Silliman, B., XXIV, 445.
Silvestrini, G., XXIV, 120.
Simanowsky, N., XXIV, 405.
Simmonds, XXIV, 543.
Simon, Ch.-J.-B., XXIV, 456.
Simon, J., XXIII, 139, 477.
Sinclair, XXIII, 461.
Sinéty (de), XXIV, 419.
Siredey, Arm., XXIII, 139, 532.
Siredey, F., XXIII, 612.
Smith, Alder, XXIII, 687.
Smith, Noble, XXIV, 643.
Smith, Shingleton, XXIII, 533.
Smith, Thomas-C., XXIV, 518, 700.
Snow, Herbert, XXIII, 294.
Snyers, Paul, XXIV, 471.
Socin, XXIII, 673.
Sokolowsky, XXIII, 235.
Sollan, XXIII, 488.
Sommer, W., XXIV, 270.
Sommerbrodt, Max, XXIII, 523; XXIV, 252.
Sonnenburg, XXIII, 337, 633; XXIV, 291, 302, 643.
Sonrier, XXIII, 317.
Sorel, F., XXIII, 99, 149.
Sormani, J., XXIII, 469, 757.
Soulier, Jules, XXIII, 71.
Sous, XXIII, 717.
Southam, F.-A., XXIV, 169.
Southey, XXIII, 629.
Sozinskey, S., XXIV, 444.
Speck, XXIII, 31.
Spanton, XXIII, 206.
Speyr (von), XXIV, 257.
Spillmann, XXIV, 140.
Spina, XXIII, 533.
Spitz, XXIII, 140.
Spondly, H., XXIV, 252.
Sprengel, Otto, XXIV, 603.
Stadelmann, E., XXIV, 168.
Starck, XXIV, 220.
Starcke, XXIV, 581.
Starr, Allen, XXIV, 450.
Steavenson, XXIII, 493.
Stedman, Elbry, XXIII, 139.
Steffan, XXIV 83.
Stein, Alex., XXIV, 336.
Steinbrügge, XXIII, 416, 755; XXIV, 720, 725.
Steinheim, XXIV, 684.
Sternberg, G., XXIII, 439.
Stilling, XXIII, 731.

Stocker, Siegfried, XXIV, 515.
Stone, W.-H., XXIV, 152.
Stooss, XXIII, 737.
Story, XXIII, 529, 581.
Strassmann, F., XXIV, 121.
Straus, I., XXIV, 497, 740.
Strawbridge, J.-D., XXIV, 712.
Strübing, P., XXIV, 503.
Strümpell, XXIII, 95, 196; XXIV, 198.
Studsgaard, C., XXIII, 660.
Stukowenkoff, XXIII, 294.
Stutz, XXIV, 465.
Suchard, XXIII, 639; XXIV, 72.
Sulzer, D., XXIV, 687.
Sutton, Francis, XXIII, 41.
Sutton, R.-S., XXIII, 581.
Sury-Bienz, XXIII, 303.
Swanzy, XXIV, 158.
Swiecicki, XXIV, 246.
Szili, XXIV, 668.
Szuman, XXIII, 294; XXIV, 304.

T

Taguet, XXIII, 246.
Talairach, XXIII, 488.
Talamon, XXIV, 741.
Talma, S., XXIII, 29.
Talon, XXIV, 735.
Tamassia, Arrigo, XXIV, 94, 96.
Tamburini, XXIII, 181.
Tansini, XXIII, 164.
Tappeiner, H., XXIII, 50, 547; XXIV, 31.
Tartuferi, XXIII, 349, 351.
Tatarinoff, P., XXIV, 50.
Taylor, Frederic, XXIV, 710.
Taylor, W.-T., XXIV, 542.
Tessier, J., XXIII, 507.
Terrier, F., XXIII, 348, 581; XXIV, 668.
Testory, A., XXIII, 71.
Testut, L., XXIV, 406.
Thallon, W., XXIV, 468.
Thatcher, XXIII, 216.
Thiersch, C., XXIV, 120, 272.
Thiesen, XXIV, 211.
Thiry, XXIII, 750.
Thoma, B., XXIII, 411.
Thoman, XXIV, 578.
Thomas, XXIII, 256.
Thomas, Gaillard, XXIII, 300, 581.
Thomayer, XXIV, 471.
Thompson, Henry, XXIV, 336.
Thornburn, XXIV, 307.
Thorne, XXIV, 336.
Thornton, Pugin, XXIII, 742; XXIV, 307.
Thornton, XXIII, 588.
Thorowgood, XXIV, 539.
Tiffany, M'Lane, XXIV, 618.
Tillinger, XXIII, 503.
Tillaux, XXIV, 343.
Tillaux, XXIII, 660.
Tillmans, XXIII, 672; XXIV, 211, 291.
Tisné, Ch., XXIII, 121.
Tizzoni, G., XXIV, 80.
Tonnini, XXIV, 268.
Toporski, A., XXIV, 531.
Tordeus, XXIII, 631.
Torok, Guido, XXIII, 295.
Torre, A., XXIV, 3.
Torre (della), C.-E., XXIII, 417.
Tramer, D., XXIII, 610.
Trechsel, XXIV, 514.
Treibel, M., XXIV, 300.
Treille, XXIII, 481.
Trélat, U., XXIII, 303.
Tremearne, John, XXIV, 325.
Treves, F., XXIII, 698.
Trifaud, XXIV, 650.
Tripier, Léon, XXIII, 256.
Troisier, XXIII, 233; XXIV, 208.
Trousseau, A., XXIV, 351.
Truc, H., XXIII, 507; XXIV, 643.
Tscherbatscheff, XXIII, 722.
Tuckwell, XXIV, 308.
Tuczek, F., XXIV, 66, 120.
Turner, XXIII, 631.
Turro, Ramon, XXIV, 23.
Tyson, James, XXIV, 486.

U

Uffelmann, J., XXIII, 42.
Ughetti, XXIV, 198.
Uhthoff, XXIII, 355, 719; XXIV, 667, 671.
Ulrich, XXIV, 678.
Ultzmann, XXIV, 343.
Ungar, Emil, XXIV, 285, 693.
Unterharnscheidt, XXIV, 663.
Unverricht, XXIII, 95.
Urbantschitsch, XXIV, 714.
Urpar, XXIII, 85.
Uskow, B., XXIII, 516.

V

Vachetta, XXIV, 468.
Vaillard, XXIII, 458.
Vaisson, E., XXIII, 149.
Vallin, E., XXIV, 442.
Vanderveer, A., XXIV, 293.
Vanlair, C., XXIV, 2.
Varaillon, XXIII, 655.
Variot, XXIV, 306.

Vecchi, Paolo (de), XXIII, 588; XXIV, 307.
Veit, J., XXIII, 599; XXIV, 211, 220, 229.
Vennemau, XXIV, 84.
Veraguth, XXIII, 546.
Verdan, XXIII, 250.
Verdy du Vernois, XXIII, 761.
Verhaeff, XXIII, 23.
Verneuil, XXIII, 256, 628; XXIV, 591, 596.
Vernicke, XXIII, 182.
Vetlesen, H.-J., XXIII. 51.
Vibert, XXIII, 150; XXIV, 452.
Vidal, E., XXIII, 640, 643.
Vignal, W., XXIII, 64; XXIV, 1.
Villejean, XXIV, 437.
Villeneuve, XXIV, 230, 325.
Villiers (de), XXIV, 282.
Vincent, XXIII, 488; XXIV, 637.
Vincentiis (de), XXIV, 120.
Vintschgau, XXIII, 418.
Virchow, R., XXIV, 109, 509, 637.
Vogt, P., XXIV, 604.
Voigt, C., XXIII, 687.
Voit, XXIV, 31.
Voltolini, XXIII, 750; XXIV, 723.
Vulpian, XXIII, 68, 99, 160.

W

Wagenhäuser, XXIV, 726.
Wagner, Clinton, XXIII, 743.
Wagner, E., XXIII, 122.
Wahl, XXIV, 596.
Waitmann, Théodore, XXIII, 418.
Walcher, G., XXIII, 272.
Wallace, James, XXIII, 287.
Waller, Aug., XXIII, 420.
Walter, William, XXIII, 588; XXIV, 306.
Wanscher, O., XXIV, 581.
Waquet, L., XXIII, 623.
Warfvinge, W., XXIII, 105.
Warlomont, XXIV, 682.
Warren, Collins, XXIII, 598.
Warynski, S, XXIV, 68.
Wassilieff, XXIV, 429.
Web, W.-C., XXIV, 104.
Weber, XXIII, 256.
Weckbecker-Sternefeld, XXIII, 608.
Wecker (de), XXIII, 360.
Wedenskii, XXIV, 26.
Weibel, E., XXIII, 261.
Weigert, XXIII, 547.
Weil, E., XXIII, 749.
Weill, A., XXIII, 503.
Weill, E., XXIV, 497.
Weinlechner, XXIII, 739.
Weinzweig, E., XXIII, 5.
Weir, Robert-F., XXIII, 257, 747; XXIV, 306.
Weiss, N., XXIII, 149, 192; XXIV, 168, 169.
Weissenberg, XXIV, 703.
Weist, J.-R., XXIV, 710.
Wells, Spencer, XXIV, 307.
Welponer, E., XXIII, 617.
Werner, XXIV, 506.
Wernich, A., XXIII, 129.
Wernicke, XXIII, 401.
Werth, XXIV, 512.
Wertheimber, XXIII. 164.
Wertheimer, E., XXIII, 412; XXIV, 13.
Wesener, Fr., XXIV, 59.
Wesener, J., XXIII, 648.
West, S., XXIII, 493, 511.
Westphal, XXIII, 196; XXIV, 158, 168, 181, 272.
Wetter, A., XXIV, 157.
Wharton, H.-R., XXIV, 617.
Wheeler, W.-Ireland, XXIV, 701.
Whitehead, XXIV, 307, 336.
Whitson, James, XXIII, 337.
Whittier, Edward, XXIV, 546.
Wiedow, XXIV, 531.
Wiener, XXIV, 37, 247.
Wilischanin, XXIV, 77.
Willcocks, Fr., XXIII, 121.
Wille, L., XXIV, 471.
Willemer, XXIV, 586.
Wilson, Edw., XXIV, 707.
Winckel, F., XXIV, 548.
Windle, XXIV, 503.
Winkel, XXIII, 203.
Winogradow, XXIV, 79.
Wittel-Schœfer, R. XXIII, 295.
Wolberg, L., XXIV, 300.
Woelfler, Anton., XXIII, 673, 697; XXIV, 652.
Wolf, O., XXIII, 754.
Wolfe, XXIII, 355.
Wolfers, J., XXIV, 33.
Wolff, Julius, XXIII, 567; XXIV, 190, 604, 643.
Woloschkewitsch, XXIII, 317.
Wright, XXIV, 307.
Wuillamié, XXIII, 244.
Wutz, J.-B., XXIII, 414.
Wyder, Theodor, XXIV, 11.
Wyman, XXIV, 740.
Wyss, H. (von), XXIII, 90.

Y

Yarrow, H.-C., XXIV, 236.
Yeo, Burney, XXIII, 516.
Yvon, XXIV, 445, 461.

Z

Zadek, XXIV, 100.
Zambaco, XXIII, 244.
Zankowski, K.-W., XXIII, 67.
Zasetzky, XXIV, 100.
Zäslein, Theodor, XXIII, 140; XXIV, 741.
Zaufal, XXIV, 727.
Zeiss, XXIV, 235.
Zeissl, XXIV, 579.
Zeller, A., XXIII, 52, 188; XXIV, 56.
Zemblinoff, XXIII, 523; XXIV, 497.
Zenker, XXIII, 164.
Zesas, XXIV, 190.
Ziehl, XXIII, 532, 567; XXIV, 741.
Ziemacki, XXIV, 421.
Ziemssen, XXIII, 70.
Zillner, Ed., XXIII, 617; XXIV, 452.
Zimmerlin, Franz, XXIV, 553.
Zuelzer, XXIV, 92.
Zumpe, R., XXIII, 204.
Zuntz, XXIV, 36.
Zürcher, XXIV, 277.
Zweifel, XXIII, 216; XXIV, 211.

TABLE DES MATIÈRES.

A

Abcès. Névrite optique double dans un cas d' — du cerveau, XXIV, 158 ; — du cerveau, XXIV, 120 ; — métastatiques du cerveau, XXIV, 109 ; — du cerveau dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149 ; — du cervelet consécutif à un cholestéatome du temporal, XXIV, 729; incision d'un — du canal rachidien, avec résection d'un corps de vertèbre, XXIV, 643 ; obs. d' — rétro-pharyngiens, XXIII, 737 ; — du foie dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149, 150; — de la rate ouvert dans l'estomac, XXIV, 64 ; histoire clinique des — périnéphrétiques, XXIV, 308 ; — du rein, XXIV, 307; occlusion intestinale par un — rétro-péritonéal, XXIII, 687 ; traitement des vieux — pelviens, XXIV, 236; traitement des — centraux des os, XXIV, 637 ; — provoqués par l'écorce de garou, XXIV, 735. —R. B., XXIII, 361, 767 ; XXIV, 359, 763. *Voy.* pus, septicémie, suppuration.

Abdomen. Tumeurs de l' — chez les enfants, XXIV, 546; plaie de l'utérus gravide avec issue du fœtus dans l'—XXIII, 619. — R. B., XXIII, 361, 767 ; XXIV, 359, 763. *Voy.* hernie, intestin, occlusion intestinale.

Absinthe. Effets de l'essence d' — sur le cerveau et la moelle, XXIV, 268.

Absorption. — par la muqueuse stomacale, XXIII, 567;— dans les différentes parties de l'intestin grêle, XXIV, 30 ; — de l'eau dans la substance médullaire des reins, XXIII, 434 ; pouvoir d' — de la peau, XXIII, 446 ; de l' — cutanée du plomb, XXIV, 97.

Accommodation. Les dimensions du champ visuel dans leurs rapports avec l' — XXIII, 722 ; — et presbytie, XXIV, 352; troubles de l' — à la suite d'angine diphtérique, XXIV, 675.

Accouchement. Statistiques des maternités au point de vue de la morbidité, XXIII, 208 ; de la durée de l' — XXIII, 204 ; de la pression sanguine pendant l' — et les suites de couches, XXIV, 241 ; influence de l'âge sur l' — chez les primipares, XXIV, 517; de l'— chez les primipares âgées, XXIII, 600; XXIV, 514; de l'examen des lochies au point de vue du pronostic chez les nouvelles — XXIV, 246; de l'involution utérine dans les premiers jours des couches, XXIV, 245; fièvre tardive chez les — XXIV, 241; néphrite de l' — XXIII, 602 ; le développement de la tête dernière, XXIII, 205 ; de la conversion des présentations de la face en présentations de l'occiput, XXIV, 243; de la quatrième rotation du crâne dans les positions occipitales, XXIV, 243; — de 3 jumeaux, XXIV, 514; — quadrigémellaire, XXIV, 514 ; dilatation prœfœtale de la vulve pour prévenir les déchirures du périnée, XXIII, 610 ; occlusion de l'orifice utérin au moment de l' — XXIV, 518 ; déchirure du cul-de-sac vaginal pendant l' — XXIV, 526 ; détachement spontané de la moitié antérieure du museau de tanche pendant l' — XXIV, 515 ; traitement des déchirures de l'utérus qui se produisent pendant l' — XXIV, 250 ; déchirures du plancher musculaire du bassin pendant l' — XXIV, 526 ; lésions du fœtus pendant l' — XXIV, 515 ; mort subite pendant l' — par rupture de l'aorte, XXIII, 214 ; perforation de l'espace de Douglas pendant l' — XXIV, 512 ; du cancer utérin compliquant l' — XXIV, 520, 521 ; hémorragie latente du placenta pendant l' — XXIV, 514; des injections d'eau chaude ou froide dans les hémorragies post partum, XXIV, 522 ; de l'application des instruments d'extraction dans le décubitus latéral, XXIII, 203 ; de l' — prématuré artificiel, XXIV, 249 ; peut-on se livrer à la pratique des — après une autopsie ou un cas de fièvre puerpérale, XXIV, 246; des antiseptiques pendant les — XXIV,

531 ; de l'emploi de l'iodoforme chez les — XXIII, 211 ; emploi des crayons d'iodoforme pour le traitement intra utérin pendant les suites de couches, XXIV, 253 ; des injections de sublimé après l' — XXIV, 530, 531. — R. B., XXIII, 361, 767 ; XXIV, 359, 763. *Voy.* crâniotomie, grossesse.
Acide. Formation des — sulfo-conjugués, XXIV, 52.
Acné. R. B., XXIII, 362.
Aconit, ine. Valeur des diverses préparations d' — XXIII, 76; des — et de l'aconitine, XXIII, 444; empoisonnement par l' — XXIV, 95.
Actinomycose. *Voy.* mycose.
Addison (mal.) Etat des capsules surrénales dans la — XXIII, 568. — R. B., XXIII, 362 ; XXIV, 763.
Adénite. — cervicale tuberculeuse des soldats, XXIV, 736. *Voy.* lymphatique.
Adénoïde. Des tumeurs — du pharynx nasal, XXIV, 697.
Adonis. Action de l' — vernalis, XXIII, 83.
Aerothérapie. — R. B., XXIII, 768; XXIV, 360, 763.
Aimant. Extraction des corps étrangers de l'œil par l' — XXIII, 358, 732.
Aine. Hernie anomale de l' — XXIII, 303.
Ainhum. Sur l' — XXIII, 482. — R. B., XXIII, 362; XXIV, 763.
Air. Détermination de l'acide carbonique de l' — XXIII, 438; évaluation de l' — résidual, XXIII, 31; influence des insufflations d' — sur les pulsations du cœur, XXIII, 424; respiration dans l' — raréfié, XXIII, 62; action du séjour dans l'— comprimé sur la pression sanguine, XXIV, 26; passage des courants d' — dans les fosses nasales, XXIII, 39; entrée de l' — dans les veines, XXIII, 281. — R. B., XXIV, 360.
Albumine. De la met — et de la par — XXIV, 45 ; — du protoplasma vivant et du protoplasma mort, XXIII, 44 ; richesse en —des liquides ascitiques, XXIII, 53; de l' — ate de fer, XXIV, 468 ; de la périostite — XXIV, 637. — R. B., XXIII, 362, 768 ; XXIV, 764.
Albuminoïde. Action des acides biliaires sur les — XXIV, 54 ; transformation des matières — par le ferment du pancréas, XXIV, 44.
Albuminurie. — physiologique, XXIV, 470; pathogénie et valeur clinique de l' — XXIV, 484 ; étude de l' — XXIV, 470 ; — transitoire des saturnins, XXIV, 470 ; — dans les accès épileptiques, XXIV, 267; — du rachitisme, XXIV, 545; — suite d'hémorragies, XXIV, 470; origine hématogène de l' — brightique, XXIII, 68; — permanente du mal de Bright, XXIV, 471 ; maladie chronique de Bright sans — XXIV, 496; gangrène symétrique des extrémités chez un — XXIV, 496; de la rétinite des — XXIV, 496; traitement hygiénique de l' — XXIV, 496.— R. B., XXIII, 768; XXIV, 360, 764. *Voy.* néphrite, rein.
Albumose. Sur les — XXIV, 47.
Alcalins. Action des — XXIII, 88 ; influence que les — exercent sur la composition de la bile, XXIII, 441 ; rôle des — des aliments dans l'étiologie de la tuberculose, XXIII, 563.
Alcaloïdes. — de la fermentation, XXIII, 49; de l'origine intestinale de certains — XXIV, 57 ; — des varaires, XXIII, 85. *Voy.* cadavre, ptomaines.
Alcool. Influence de l' — sur les oxydations organiques, XXIV, 33; rôle de l' — dans la nutrition, XXIV, 437 ; l'élimination de l' — ingéré, XXIII, 443 ; — dans le cerveau après l'ivresse, XXIII, 47; effets de l' — sur la moelle et le cerveau, XXIV, 268. — R. B., XXIII, 362, 768 ; XXIV, 360.
Alcoolisme. Dipsomanie et — XXIII, 249; méningite aiguë dans le delirium tremens, XXIII, 250; alcool dans le cerveau après l'ivresse, XXIII, 47 ; état et rôle du foie dans l'asystolie des — XXIII, 497 ; traitement de l' — par la strychnine, XXIV, 105. — R. B. XXIII, 362, 768; XXIV, 360, 764. *Voy.* aliénation.
Aliénation. La pathologie de l'esprit, XXIII, 242; manuel des maladies, XXIII, 243; des réflexes tendineux dans les maladies — XXIII, 200 ; état de la température chez les déments, XXIV, 254 ; de la démence paralytique dans ses rapports avec l'athérome artériel et le ramollissement jaune, XXIII, 247 ; des hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté, XXIV, 257 ; de l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale, XXIV, 266 ; de l'irritation dans ses rapports avec la folie communiquée, XXIII, 246 ; de la folie paralytique et de la démence paralytique considérées comme deux maladies distinctes, XXIV, 265 ; de la folie à double forme, XXIV, 262 ; de la folie avec conscience, XXIV, 260 ; de la folie sympathique, XXIV, 261 ; de la mégalomanie ou lypémanie partielle avec prédominance du délire des grandeurs, XXIV, 261 ; de la katatomie, XXIV, 258 ; de l'évolution du délire dans la vésanie, XXIV, 258; rapport sur les troubles mentaux d'inculpés, XXIV, 272 ; dipsomanie et alcoolisme, XXIII, 249 ; la paralysie agitante comme cause de folie, XXIV, 263; insanité dans la paralysie agitante, XXIII, 249 ; les troubles spinaux chez les — pellagreux, XXIV, 268 ; de la fièvre typhoïde dans ses rapports avec l' — XXIV, 263; influence de la syphilis héréditaire sur le développement de l' — XXIV, 573 ; des guérisons tardives de la folie, XXIV, 265 ; de la valeur des signes de la guérison chez les — XXIII, 252 ; de l'alimentation forcée des — XXIV, 256. — R. B., XXIII, 362, 768 ; XXIV, 360, 764.
Aliment, ation. influence des — azotés sur les oxydations organiques, XXIV, 33, 36 ; rôle des alcalis des — dans l'étiologie de la tuberculose, XXIII, 563; — artificielle, sur — et poudres — XXIII, 110 ; dangers de l' — trop riche

dans les néphrites, XXIV, 496 ; — artificielle dans les maladies de l'estomac, XXIII, 110 ; — forcée dans la phtisie ; XXIII, 110 ; — dans le cours et au déclin de la fièvre typhoïde, XXIII, 102 ; vomissements nerveux traités par l' — artificielle, XXIII, 110; de l' — forcée des aliénés, XXIV, 256. — R. B., XXIII, 362 ; XXIV, 361, 764.
Allaitement. R. B., XXIII, 768 ; XXIV, 361, 764.
Alopécie. De l' — prématurée et de son traitement, XXIV, 566.
Amaurose. — consécutive au traumatisme de la région préorbitaire, XXIII, 358. *Voy.* œil.
Ammoniaque. Action des sels d'— XXIII, 88.
Amnios. Origine du liquide — XXIV, 435; ptomaïne du liquide — XXIII, 51. — R. B., XXIV, 764.
Amputation. Statistique d' — XXIII, 261 ; atrophie du cerveau consécutive à l'— d'un membre, XXIV, 110 ; des — chez les tuberculeux, XXIII, 710 ; évidement de la moelle osseuse dans une — XXIII, 708. — R. B., XXIII, 363, 768 ; XXIV, 361, 764. *Voy.* résection.
Amygdale. Calcification de l'— XXIV, 703 ; ulcération syphilitique de l' — chez un enfant, XXIII, 237 ; cancer de l' — XXIII, 738. — R. B., XXIII, 363, 768 ; XXIV, 361, 764.
Amygdalite. Traitement de l' — aiguë, XXIX, 702, 703 ; de la quinine et de la teinture de gaïac dans le traitement de l' — XXIV, 703.
Amyle (nitrite d'). Des inhalations de — XXIV, 103.
Amyotrophie. *Voy.* trophiques.
Anachardium. Eczéma provoqué par l'— orientale, XXIII, 648.
Anatomie. R. B., XXIII, 363, 768 ; XXIV, 361, 765.
Anémie. Des variétés d' — XXIV, 507 ; pathogénie et siège des bruits de souffle — XXIII, 496 ; action du fer et de l'arsenic dans l' — XXIII, 121. — R. B., XXIII, 363, 768 ; XXIV, 361, 765.
Anesthésie. Régulation de la température pendant l' — XXIV, 417; modifications des mouvements respiratoires sous l'influence de l' — XXIII, 427 ; influence de l' — chloroformique de la mère sur la nutrition de l'enfant, XXIV, 239 ; — par le chloroforme combiné aux injections sous-cutanées de narcéine, XXIV, 89 ; — par le protoxyde d'azote, XXIV, 89 ; — avec l'éther par le rectum, XXIV, 287, 581, 584; de l' — obstétricale, XXIV, 239 ; du bromure d'éthyle comme — en obstétrique, XXIV, 239 ; mode de production de l'— dans les affections organiques de l'encéphale, XXIV, 78; paraplégie hystérique sans — XXIII, 172. — R. B., XXIII, 363, 768; XXIV, 361, 765.
Anévrisme. Des — cardiaques, XXIII, 504; symptomatologie et diagnostic des — de l'aorte, XXIII, 522 ; — spontané de l'aorte ascendante, XXIII, 522 ; — aortique consécutif à une aortite septique, XXIII, 523 ; — aortique ouvert dans la trachée, XXIII, 522 ; — de l'aorte traité par l'électro-puncture, XXIII, 522. — R. B., XXIII, 363, 769 ; XXIV, 362, 765.
Angine. — de Ludwig, XXIV, 702 ; — de la fièvre typhoïde, XXIII, 149, 160 ; troubles d'accommodation à la suite d'— diphtérique, XXIV, 675 ; traitement de l'— catarrhale par la quinine et le gaiac, XXIX, 702, 703. — R. B., XXIII, 364, 769 ; XXIV, 362, 766.
Angine de poitrine. — Des — XXIII, 192 ; — rhumatismale, XXIII, 516 ; — hystérique, XXIII, 172 ; nitrite de sodium dans le traitement de l'— de poitrine, XXIV, 103.
Angiome. — R. B., XXIII, 769; XXIV, 362.
Anis. — Empoisonnement par l'— étoilé adultéré, XXIV, 455.
Ankylose. Ostéotomie sous-trochantérienne pour une — de la hanche, XXIV, 617 ; section des ligaments cruraux comme moyen d'améliorer une — du genou, XXIV, 618.
Anomalie. — cardiaque, XXIII, 511 ; des — artérielles, XXIV, 407; cataracte unilatérale avec — du squelette du même côté, XXIV, 679. — R. B., XXIII, 364.
Anophtalmie. *Voy.* œil.
Anosmie. *Voy.* Olfaction.
Antagonisme. Influence de la saison et de la température sur l'— des poisons, XXIII, 451.
Anthrax. — R. B., XXIII, 364, 769.
Anthropologie. Anatomie du nègre, XXIII, 416. — R. B., XXIII, 364, 769; XXIV, 362, 766.
Antipyrétique. Médication — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 93.
Antiseptique. Notes de chirurgie — XXIV, 288 ; chirurgie — XXIII, 255, 256 ; des méthodes — chez les anciens et chez les modernes, XXIII, 255 ; statistique comparée de la méthode — et des autres méthodes, XXIII, 261; résultats de la kélotomie depuis l'emploi des — XXIII, 316 ; des — pendant les accouchements, XXIV, 531 ; des méthodes — en obstétrique, XXIII, 210 ; sur la frigidité — des plaies, XXIII, 256 ; du mode d'action des — XXIII, 256 ; pouvoir — comparé de divers agents thérapeutiques, XXIII, 439 ; valeur comparée des agents — XXIII, 60, 61; du bain — comme méthode de pansement, XXIII, 256 ; de la pulvérisation prolongée comme procédé de la méthode — XXIII, 256; du chauffage des instruments comme moyen — XXIII, 256 ; valeur de l'huile et de la vaseline phéniquées, XXIV, 531; valeur — de la naphtaline, XXIII, 266 ; de l'étoupe purifiée et — comme objet de pansement, XXIII, 256 ; les glycéroborates de calcium et de sodium comme — XXIII, 271. — R. B., XXIII, 770; XXIV, 766. — *Voy.* pansement.
Anurie. *Voy.* urine.
Anus. — de Rusconi et la ligne primitive, XXIV, 14 ; du condylome — XXIII,

239 ; rupture de l'appendice iléo-cœcal s'accompagnant de signes d'occlusion et nécessitant l'— artificiel, XXIII, 695 ; traitement de l'— contre nature et des fistules stercorales, XXIII, 320, 321 ; résection circulaire et suture de l'intestin dans la cure de l'— contre nature, XXIII, 320 ; colotomie lombaire pour rétrécissement par rétraction du mésentère, XXIII, 687 ; de l'— contre nature iléo-vaginal, XXIII, 321. — R. B., XXIII, 364, 770 ; XXIV, 362, 766.

Aorte, ite. Le bulbe de l' — du cœur de la grenouille, XXIII, 23 ; rapports qui existent entre le développement de tissu conjonctif dans la membrane interne de l' — et les conditions mécaniques de la circulation, XXIII, 411 ; traité des maladies de l' — XXIII, 496 ; du souffle sibilant au 2e temps dans l'insuffisance — XXIII, 507 ; théorie du pouls de Corrigan, XXIII, 507 ; modifications du retard du pouls dans les lésions de l'orifice — XXIII, 507 ; de l'influence de l'oblitération de l'artère ombilicale et du canal artériel sur la structure de la paroi — XXIII, 411 ; ossification de l'orifice — XXIII, 507 ; rétrécissement mitral et insuffisance — combinés, XXIII, 503 ; rupture de l' — pendant l'accouchement, XXIII, 214 ; perforation de l' — par un corps étranger de l'œsophage, XXIII, 302 ; symptomatologie des anévrismes — XXIII, 522 ; anévrismes spontanés de l' — ascendante, XXIII, 522 ; anévrisme—ouvert dans la trachée, XXIII, 522 ; oblitération de l' — thoracique, XXIII, 523 ; anévrisme — consécutif à une — septique, XXIII, 523 ; traitement des anévrismes — par l'électro-puncture, XXIII, 522. — R. B., XXIII, 364, 770 ; XXIV, 362, 766.

Aphasie. — avec intégrité de la 3e circonvolution frontale gauche, XXIV, 151 ; obs. d'— XXIV, 151 ; différentes formes d' — XXIV, 151 ; — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 150 ; — passagère chez l'enfant, XXIII, 631. *Voy.* cerveau.

Aphonie. — spasmodique hystérique, XXIII, 740 ; cas d' — reflexe a stomacho læso, XXIII, 740. *Voy.* larynx.

Aponévrose. Fibrome de l' — palmaire, XXIII, 716.

Appareil. Du régulateur thermique de Leiter dans les maladies de l'oreille, XXIV, 727 ; du soufflet à chute d'eau pour la douche d'air, XXIV, 727 ; respirateur contre la dyspnée des emphysémateux, XXIII, 114 ; — pour mesurer la dimension du diamètre transverse du petit bassin, XXIII, 201 ; emploi du corset de Sayre dans les fractures du rachis, XXIV, 643 ; le corset de Sayre dans les arthrites rachidiennes, XXIV, 643. — R. B., XXIII, 364, 770 ; XXIV, 766.

Arnica. Exanthème par l'application de teinture d' — XXIV, 568.

Arsenic. Développement d'hydrogène arsénié aux dépens de l'acide arsénieux, XXIV, 445 ; localisation de l' — dans le foie, XXIV, 445 ; intoxication — aiguë XXIV, 45 ; empoisonnement par les étiquettes cachets, XXIV, 445 ; empoisonnement par l'hydrogène — XXIV, 445 ; empoisonnement par l' — de sodium, XXIV, 445 ; lésions de la moelle dans l'empoisonnement par l' — XXIII, 460 ; du pigment jaune trouvé dans l'intestin dans les cas d'empoisonnement par l'—XXIV, 97 ; paralysie — XXIV, 445 ; action de l' — dans l'anémie, XXIII, 121 ; lichen ruber guéri par les injections d'—XXIII, 646 ; des injections d'—dans le sarcome cutané, XXIV, 107.

Artère. Des anomalies — XXIV, 407 ; persistance de l' — hyaloïdienne reconnue chez le vivant, XXIII, 731 ; de la démence paralytique dans ses rapports avec l'athérome — XXIII, 247 ; un cas d'oblitération de l' — basilaire, XXIV, 110 ; thrombose de l' — basilaire, XXIV, 140 ; de l'influence de l'oblitération de l' — ombilicale et du canal artériel sur la structure de la paroi aortique, XXIII, 411 ; embolie des — coronaires, XXIII, 516 ; rétrécissement de l' — pulmonaire, XXIII, 511 ; embolie de l' — centrale de la rétine, XXIV, 691 ; thrombose et embolie de l' — mésentérique supérieure, XXIII, 523 ; de l'hémostase des plaies — XXIII, 706 ; trépanation pour une rupture de l' — méningée moyenne, XXIV, 119 ; plaie de l' — vertébrale, XXIII, 706 ; ligature de l' — carotide primitive pour une névralgie du trijumeau, XXIV, 296. — R. B., XXIII, 770 ; XXIV, 363, 766.

Arthrite. De l' — survenue dans le cours de la grossesse, XXIV, 245 ; — tuberculeuse, XXIII, 542 ; de l'extirpation primitive de l'astragale dans la résection tibio-tarsienne pour — fongueuses, XXIV, 604 ; du corset de Sayre dans l' — vertébrale, XXIV, 643 ; — purulentes dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149 ; de l' — blennorragique, XXIV, 580 ; — syphilitique, XXIII, 238.

Arthropathie. Des — dans la syphilis héréditaire, XXIII, 653.

Arthrotomie. De l' — ignée dans les ostéo-synovites fongueuses, XXIV, 637.

Articulations. Température des — XXIII, 711 ; des craquements — dans l'hystérie, XXIII, 172 ; syphilis des—XXIII, 653 ; des troubles trophiques consécutifs à des affections — XXIV, 190 ; des affections nerveuses et atrophies musculaires consécutives aux maladies — XXIV, 637 ; de l'arthrotomie ignée et du chauffage — dans les ostéo-synovites fongueuses ; XXIV, 637 ; extirpation d'un fibro-cartilage semi-lunaire du genou, XXIV, 604 ; de la ponction et de l'incision dans l'hydarthrose chronique, XXIV, 637 ; de l'entorse et de son traitement, XXIV, 637 ; néarthrose apres résection sous-trochantérienne, XXIV, 603. — R. B., XXIII, 364, 770 ; XXIV, 363, 766.

Ascite. Evaluation de la globuline dans les épanchements — XXIII, 52 ; richesse en albumine des liquides — XXIII, 53 ; de la ponction précoce de l' — XXIII, 474.

Aspergillus. Culture des espèces d' — de l'oreille, XXIV, 723.

Asphyxie. R. B., XXIII, 365; XXIV, 767.
Asthme. — dyspeptique, XXIV, 542; affection du nez comme cause d' — XXIII, 734; rapports de l' — et des polypes du nez, XXIII, 734; XXIV, 693; étude des crachats dans l' — XXIV, 693. — R. B., XXIII, 365; XXIV, 363, 767.
Asthme des foins. Nature et traitement de l' — XXIV, 694, 696. *Voy.* asthme.
Astigmatisme. Rapports entre certaines variétés de kératite et l' — XXIV, 355.
Asystolie. *Voy.* cœur.
Ataxie. De l' — et des lésions cardiaques, XXIII, 507; lésions trophiques des valvules aortiques dans l' — XXIII, 507; du tabes spasmodique, XXIV, 169; élongation des sciatiques dans l' — XXIV, 291. — *Voy.* moelle.
Athétose. — bilatérale, XXIII, 181; de l' — XXIII, 182; hémi — XXIII, 182. *Voy.* cerveau.
Atmosphère. Les organismes vivants de l' — XXIII, 61.
Atrémie. De l' — des Américains, XXIII, 182.
Atrophie. — et hémi — faciale, XXIII, 188.
Atropine. Action de l' — sur le cœur, XXIV, 22; empoisonnement par l' — XXIII, 92.
Audition. De la perception des sons, XXIV, 718; association des sensations — avec la vue de certains objets, XXIV, 660. *Voy.* oreille.
Auscultation. Percussion métallique combinée à l' — pour le diagnostic des épanchements pleuraux, XXIV, 202; — transauriculaire, XXIII, 748. — R. B., XXIII, 365; XXIV, 363.
Autoplastie. — pour fistules péniennes, XXIV, 349.
Avoine. Sur la propriété excitante de l' — XXIV, 87.
Avortement. Indications de l' — artificiel, XXIV, 243; de l'intervention dans les — XXIV, 252; des sensations perçues par les femmes pendant les manœuvres d' — XXIV, 285.
Azote. Effets du protoxyde d' — XXIV, 89; substances — dans le lait, XXIV, 57; influence des aliments — sur les oxydations organiques, XXIV, 33, 36.

B

Bacilles. Voies suivies par les — pour infecter l'économie. XXIII, 547; — de la tuberculose, XXIV, 736; topographie et rôle des — dans l'anatomie pathologique de la tuberculose, XXIII, 533; méthodes de recherches du — de la tuberculose, XXIII, 532; valeur pathogénique des — tuberculeux, XXIII, 546; valeur de la présence des — dans les crachats, XXIII, 532; diagnostic des phtisies douteuses par la présence des — dans les crachats, XXIII, 532; — dans les ulcérations tuberculeuses du voile du palais, XXIII, 532; — tuberculeux dans les sécrétions de l'oreille, XXIII, 533; XXIV, 723; — tuberculeux dans l'urine, XXIII, 533; — dans les lésions chirurgicales fongueuses scrofuleuses et tuberculeuses, XXIII, 533; distribution des — tuberculeux chez les poules, XXIII, 547; valeur seméiologique des — de la morve, XXIV, 429; — du jéquirity, XXIV, 84. — *Voy.* bactérie, microbe, organismes inférieurs.
Bactérie. — photométriques, XXIII, 58; pathogénie de la néphrite — XXIV, 497; siège des — dans la variole, la vaccine et l'érysipèle, XXIV, 68; de la — de la syphilis, XXIII, 229; — du pus, XXIII, 57; action des antiseptiques sur les — de la putréfaction, XXIII, 60. — *Voy.* bacille, microbe, organismes inférieurs.
Bain. Pression sanguine après le — XXIII, 466; — permanente chez les nouveau-nés, XXIV, 548; action des — de mer dans les syphilis latentes, XXIII, 656; traitement de la pneumonie par les — froids, XXIII, 109, 466, 467; — froids dans la fièvre typhoïde, XXIII, 93, 102, 105; emploi des — dans la variole, XXIII, 108; de l'emploi des — antiseptiques, XXIII, 256. — R. B., XXIII, 365, 771; XXIV, 363, 767.
Ballingall. Maladie de — XXIII, 481.
Baryum. Action du chlorure de — XXIII, 441; empoisonnement par le chlorure de — XXIV, 449.
Bassin. Mesures et dimensions du — XXIII, 598; évaluation de l'angle que forment le diamètre conjugué diagonal et la symphyse pubienne, XXIV, 242; mensuration du diamètre transverse du petit — XXIII, 201; de l'inclinaison du — XXIII, 202; — à saillies tranchantes, XXIV, 512; vices de conformation du — fœtal, XXIV, 71; traitement des vieux abcès — XXIV, 236. — R. B, XXIII, 365; XXIV, 363, 767.
Baume du Pérou. Empoisonnement par le le — employé comme antipsorique, XXIV 569.
Bec de lièvre. — R. B., XXIII, 364; XXIV 364, 767.
Belladone. Traitement de l'empoisonnement par la — XXIV, 106.
Benzoïque (acide). Eruption causée par — de soude, XXIV, 568.
Benzoate. Influence des — sur l'excrétion de l'acide urique, XXIII, 88.
Béribéri. Epidémie de — XXIII, 766; nature du — XXIII, 481; examen de la moelle dans le — XXIII, 481; des déterminations médullaires du — XXIV, 169. — *Voy.* géographie.
Bile. Marche de la sécrétion — XXIII, 434; influence que les alcalins exercent sur la composition de la — XXIII, 441; rôle de la — dans la digestion intestinale, XXIV, 31.
Biliaires (voies) Anatomie topographique de la glande — XXIII, 15; réactions des pigments — XXIII, 49; action des acides — sur les albuminoïdes et les peptones, XXIV, 54; atrésie congénitale du canal cholédoque, XXIV, 64; tuberculose des voies — XXIV, 63; cholécystotomie pour

calculs de la vésicule. XXIV, 307. — R. B., XXIII, 365; XXIV, 364, 767.
Biskra (clou de). Microbe du —XXIV, 560; du bouton de Gafsa au camp de Sathonay, XXIV, 561.
Bismuth. Du sous-nitrate de — comme antiseptique pour les pansements, XXIII, 271; puissance toxique de quelques sels de — XXIII, 87; empoisonnement par le sous-nitrate de — en pansement, XXIV, 455.
Blennorragie. Microbe de la — XXIII, 658; XXIV, 580; nature et signification des filaments uréthraux, XXIII, 240; inoculation de pus — dans le traitement des granulations de la conjonctive et de la cornée, XXIII, 348, 360; formes cliniques de la — localisée chez la femme, XXIII, 659; infection purulente, suite de—XXIII, 241; folliculite — XXIII, 659; état latent du début de la cystite — XXIV, 580; de l'arthrite — XXIV, 580; traitement du prurit uréthral — XXIII, 241. — R. B., XXIII, 365, 771; XXIV, 364, 767.
Borique (acide). De l' — dans la thérapeutique oculaire, XXIV, 692.
Boroglycéride. *Voy.* glycéroborate.
Botanique. — R. B., XXIII, 360.
Bouche. Circulation — labiale, XXIII, 26. — R. B., XXIII, 365; XXIV, 364.
Bourses. Structure des — XXIII, 415. — *Voy.* testicule.
Bright (mal de). *Voy.* néphrite, rein.
Brome. Traitement de la diphtérie par le — XXIII, 472.
Bromhydrique (acide). Action thérapeutique de l' — XXIV, 469.
Bromure. Influence du — de potassium sur les échanges nutritifs, XXIII, 443; du — d'éthyle comme anesthésique en obstétrique, XXIV, 239; évolution des maladies intercurrentes chez les épileptiques — XXIII, 244.
Bronche. Développement des — XXIII, 412; corps étrangers des — XXIII, 747; XXIV, 710, 712. — R. B., XXIII, 365; XXIV, 767.
Brûlure. Sensibilité à la suite des —XXIV, 413; inhalations d'oxygène dans les — étendues, XXIV, 109. — R. B., XXIII, 365, 771; XXIV, 364.
Bulbe. Sur le faisceau solitaire du — XXIII, 401; rapports fonctionnels des olives inférieures avec le cervelet et leur rôle dans le maintien de l'équilibre, XXIII, 21; myélite — XXIV, 141; dégénerescence secondaire du — XXIV, 168; abaissement de la température à la suite d'une hémorragie — XXIV, 140; lésions intra crâniennes affectant le — XXIV, 140; lésions du — consécutives à la méningite chronique, XXIV, 140; paralysie — due à un cancer de la base du crâne, XXIV, 140. *Voy.* cerveau, moelle.

C

Cacao. Action du — sur la digestion peptique, XXIV, 32.
Cactus. Du — grandiflorus dans le traitement des maladies du cœur, XXIII, 504.
Cadavre. Lésions faites par des fourmis sur le — XXIV, 284. — R. B., XXIII, 366. *Voy.* ptomaïne.
Café, caféine. Influence du — sur l'excrétion d'urée, XXIII, 74; action du — sur la digestion peptique, XXIV, 32.
Calcul. — de l'agmydale, XXIV, 703; — de cystine, XXIV, 325; expulsion d'un — de la vessie à travers la paroi urétro-vaginale, XXIV, 230; — du poids de 177 grammes, XXIV, 325; — extra-urétraux chez la femme, XXIV, 343; de l'intervention chirurgicale pour les — XXIV, 326; procédé rapide d'évacuation des fragments de — dans la lithotritie, XXIV, 343. *Voy.* taille, vessie.
Calomel. *Voy.* mercure.
Cancer. Inoculation d'érysipèle chez une — et effets de l'érysipèle sur l'évolution du — XXIV, 426; — développé sur un lupus, XXIV, 557; développement du — à la suite d'affections locales non malignes, XXIV, 60; du coma — XXIII, 569; de la greffe — XXIV, 60; du — chez l'enfant, XXIII, 634; du — chez les syphilitiques, XXIV, 577; paralysie bulbaire due à un — de la base du crâne, XXIV, 140; — secondaire des choroïdes, XXIII, 355; — du larynx, XXIV, 708; extirpation d'un — du pharynx, XXIII, 739; — de l'œsophage avec perforation de la trachée, XXIII, 660; résection de l'œsophage — XXIII, 671; gastrostomie pour — de l'œsophage, XXIII, 660; rapports de l'ulcère avec le — de l'estomac, XXIII, 164; — de l'estomac, XXIII, 163; — du pancréas, XXIV, 60; cristaux gras dans les selles, dans le — du pancréas, XXIII, 567; résection d'un — de l'appendice vermiculaire, XXIII, 695; laparotomie pour un — de l'intestin, XXIII, 697; néphrotomie pour le — du rein, XXIV, 307; — du testicule chez l'enfant, XXIV, 547; — primitif de la vessie, XXIV, 336; statistiques sur le — du sein, XXIII, 294; traitement chirurgical du — du sein, XXIII, 294; influence des opérations sur la prolongation de la vie et la guérison permanente dans le — du sein, XXIII, 294, 300; du — utérin comme complication de la grossesse et de l'accouchement, XXIV, 520, 521; grossesse compliquée de — utérin, XXIV, 514; néphrite par compression des uretères dans le — utérin, XXIV, 497; ovariotomie pour — XXIV, 211; hystérotomie pour le — de l'utérus, XXIII, 588; extirpation de l'utérus — XXIV, 220; effets du condurango dans le — XXIV, 465. — R. B., XXIII, 366, 771; XXIV, 364, 768. *Voy.* cancroïde, épithélioma, sarcome.
Cancroïde. Du — de la peau, XXIII, 640. *Voy.* épithélioma.
Cannabine. Le tannate de — comme hypnotique, XXIII, 478.

Cantharide, ine. Action de la — sur les reins, XXIV, 83.
Capillaire. Du pouls — visible, XXIII, 507.
Capsules surrénales. Structure et développement des — XXIV, 9 ; état des — dans la maladie d'Addison, XXIII, 568.
Carbone. L'oxyde de — passe-t-il du sang maternel au sang fœtal, dans l'empoisonnement, XXIII, 453 ; ramollissement cérébral consécutif à l'empoisonnement par l'oxyde de — XXIV, 456 ; paralysies, névralgies, troubles vaso-moteurs dans l'empoisonnement par l'oxyde de — XXIV, 456 ; réinfusion de sang après saignée dans l'empoisonnement par l'oxyde de — XXIV, 456 ; empoisonnement par le sulfure de — XXIV, 96. — R. B., XXIV, 768.
Carbonique (acide). Détermination de l'— de l'air, XXIII, 438 ; variations de l'exhalation pulmonaire de l' — XXIV, 28 ; influence de la section des pneumogastriques sur l'exhalation de l'— par les poumons, XXIII, 31 ; traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d' — XXIII, 469.
Carotide. *Voy.* artère.
Cartilage. Névrotisation du — osseux dans la suture tubulaire des nerfs, XXIV, 2 ; extirpation d'un fibro — semi-lunaire du genou, XXIV, 604. — R. B., XXIII, 366.
Cascara. De la — sangrada dans la constipation habituelle, XXIV, 465.
Casernes. Hygiène des — XXIV, 733, 735.
Castration. *Voy.* ovariotomie.
Catalepsie. — chez une hystérique, XXIII, 172 ; paralysie provoquée pendant la — XXIV, 40 ; apparition d'un état — après la mort, XXIV, 41. *Voy.* hystérie.
Cataracte. Statistique d'opérations de — XXIV, 680 ; — avec anomalie du squelette du même côté, XXIV, 679 ; procédés d'extraction de la — XXIV, 680, 683 ; modification à l'extraction de la— XXIII, 354 ; accidents de la — XXIV, 680 ; de l'hémorragie consécutive à l'extraction de la — XXIV, 679, 682, 683 ; moyens de combattre les accidents de suppuration après l'opération de — XXIV, 684 ; ouverture du corps vitré dans l'extraction de la — XXIV, 680 ; érythropsie chez les opérés de — XXIII, 353 ; XXIV, 684. *Voy.* cristallin.
Catarrhe d'été. *Voy.* asthme des foins.
Catgut. — antiseptique, XXIII, 256.
Cathétérisme. Du — rétrograde combiné avec l'uréthrotomie externe dans les cas de rétrécissement infranchissable de l'urètre, XXIV, 335.
Cautère. Effets — du calomel déposé sur la conjonctive, XXIII, 348.
Cécité. — verbale, XXIV, 151 ; — psychique, XXIV, 151.
Cellules. Mode de formation des—géantes et influence de l'iodoforme sur cette formation, XXIV, 62.
Cellulose. Fermentation de la — XXIII, 50 ; fermentation de la — et sa dissolution dans le tube digestif, XXIV, 31.
Céphalalgie, alée. — de croissance, XXIV, 536 ; traitement des diverses formes de — XXIV, 469.
Céphalématome. — chez un enfant de 17 mois, XXIII, 631.
Céphalotripsie. R. B., XXIV, 364.
Cerveau. Sur un faisceau de substance blanche situé à la base du — XXIII, 401 ; recherches sur les pyramides et le ruban de Reil, XXIV, 401 ; tubercule solitaire du pédoncule—chez l'enfant, XXIV, 121 ; rapport qui existe entre le noyau extra-ventriculaire et la substance cervicale, XXIII, 402 ; double connexion des nerfs optiques avec le — XXIII, 8 ; circulation sanguine dans le — XXIV, 19 ; coloration des coupes du — XXIV, 14 ; préparation des coupes histologiques du — XXIV, 409 ; expériences sur le — des oiseaux, XXIV, 18 ; locomobilité du — dans les différentes attitudes, XXIV, 410 ; sur la façon dont réagissent les centres vaso-moteurs du — sous l'influence de courants appliqués sur le crâne, la colonne vertébrale et la peau, XXIV, 19 ; des localisations, — XXIII, 19 ; doctrine des localisations motrices dans l'écorce des hémisphères, XXIV, 120 ; siège des fonctions visuelles, XXIV, 157 ; du siège du centre optique chez l'homme, XXIV, 686 ; des centres moteurs corticaux, XXIV, 120 ; excitation mécanique des centres moteurs de l'écorce, XXIII, 417 ; mode de production de l'anesthésie dans les affections organiques de l'encéphale, XXIV, 78 ; effets de la destruction d'un des globes oculaires sur le — XXIV, 157 ; phénomènes inhibitoires pouvant se produire par toutes les parties du — XXIV, 434 ; influence des lésions du — sur la température générale, XXIV, 429 ; troubles — rendant l'écriture impossible, XXIV, 152 ; effets de l'alcool et de l'essence d'absinthe sur le — XXIV, 268 ; alcool dans le — après l'ivresse, XXIII, 47 ; du rapport entre les spasmes posthémiplégiques et les affections des couches optiques, XXIV, 120 ; trismus d'origine — XXIV, 120 ; physiologie pathologique du ramollissement du — XXIV, 110 ; rapport non étudié entre la papille étranglée et les affections du — XXIV, 158 ; affection cérébrale du chiasma, XXIV, 158 ; strabisme conjugué paralytique du noyau droit de la 6e paire, XXIV, 120 ; troubles de la sensibilité et de la vue dans les lésions de l'écorce du — XXIV, 158 ; de l'hémiopie et de l'hémianopie d'origine — XXIV, 158 ; paralysie incomplète du membre supérieur, XXIV, 120 ; paralysie partielle du sentiment par lésion des corps striés, XXIV, 121 ; paralysie des muscles oculaires de cause — XXIV, 158 ; des réflexes tendineux et de l'excitabilité réflexe du côté parétique dans l'hémiplégie — XXIV, 109 ; de la rigidité paraplegique dans l'hémiplégie, XXIV, 110 ; de la démence paralytique dans ses rapports avec le ramollissement jaune, XXIII, 247 ; dégénérations secondaires du pédoncule du — XXIV, 110 ; paralysie

des abducteurs du larynx, suite d'hémorragie du — XXIV, 705; oblitération de l'artère basilaire, XXIV, 110; thrombose de l'artère basilaire, XXIV, 140; des manifestations hystériques simulant le rhumatisme du — XXIII, 243; aphasie avec intégrité de la 3e circonvolution frontale gauche, XXIV, 151; hémorragie du — dans le cours d'une fièvre typhoïde, XXIII, 149; commotion du — chez l'enfant; XXIII, 631; hémorragie du — chez un enfant, XXIV, 110; état du — dans un cas d'absence congénitale de l'avant-bras, XXIV, 110; atrophie du — consécutive à l'amputation d'un membre, XXIV, 110; altération du — caractérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvolutions, XXIII, 248; malformation du — XXIV, 65; porencéphalie acquise de la première enfance, XXIV, 110; — de criminels et de suicidés, XXIV, 269; lésions cérébrales consécutives aux maladies de l'oreille, XXIV, 714; ramollissement du — consécutif à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, XXIV, 456; des tumeurs du — XXIV, 120, 121; tumeurs du — affectant le bulbe, XXIV, 140; étude des tumeurs du quatrième ventricule, XXIV, 140; tumeur du pont de Varole, XXIV, 140; thrombose des sinus du — dû à un cholestéatome du temporal, XXIV, 729; gliosarcome du — XXIV, 120, 121; gliome du pont de Varole, XXIV, 536; kyste hydatique du — XXIV, 121; abcès, — XXIV, 120; névrite optique double dans un cas d'abcès du — XXIV, 158; abcès métastatiques du — XXIV, 109; abcès du — dans un cas de fièvre typhoïde, XXIII, 149; tuberculose du — XXIV, 120, 121; syphilis du — précoce, XXIII, 651; syphilis du — XXIII, 232, XXIV, 573; plaies du — XXIV, 119, 120; attrition du lobe frontal, XXIV, 119; blessure du — restée latente 12 ans, XXIV, 119; anosmie par compression du — XXIV, 120; lésion du — par chute sur la tête, XXIV, 119; plaies par armes à feu du — XXIV, 658, 659; corps étrangers dans le — XXIV, 658, 659; de la trépanation dans les blessures du — XXIV, 119, 120; trépanation pour une rupture de l'artère méningée moyenne, XXIV, 119. — R. B., XXIII, 366, 771; XXIV, 364, 768.

Cervelet. Rapports fonctionnels des olives inférieures avec le — et leur rôle dans le maintien de l'équilibre, XXIII, 21; tumeurs du — XXIV, 120, 121; fibromyxosarcome du pédoncule du — XXIV, 120; abcès du — dû à un cholestéatome du temporal, XXIV, 729. — R. B., XXIII, 772; XXIV, 768.

Césarienne (opération). Indication de l'— XXIV, 252; modification de l'— XXIII, 615; obs. de — XXIII, 225; opération de Porro, XXIII, 225; XXIV, 252; opération de Porro pour une ostéomalacie, XXIII, 225; opération de Porro pour un cas de dystocie par tumeur du col, XXIII, 225; traitement du pédicule dans l'opération de Porro, XXIII, 615; autopsie d'une femme ayant subi l'opération de Porro, XXIII, 615; de l'— au point de vue de la cicatrisation par première intention de la plaie utérine, XXIII, 225. — R. B., XXIII, 367, 772; XXIV, 364, 768.

Chaleur. Production de — et de travail chez l'homme, XXIII, 423; — chez les animaux dans la fièvre, XXIV, 75; influence de la quinine sur la production et la déperdition de — XXIII, 447. *Voy.* température.

Champignons. Mucorinées pathogènes des mycoses, XXIV, 82; du streptothrix dans les voies lacrymales, XXIV, 665; ulcération de la cornée par des mucédinées, XXIV, 667; accumulation de — dans le larynx et la trachée, XXIV, 712; culture des diverses espèces d'aspergillus de l'oreille, XXIV, 723. — R. B., XXIII, 772; XXIV, 366.

Chancre. Leçons sur le — XXIII, 649; œdème — syphilitique de grandes et petites lèvres, XXIII, 655; de l'acide pyrogallique dans le traitement des — et bubons, XXIII, 656; traitement des — par la naphtaline, XXIV, 578. — R. B., XXIII, 367, 772. *Voy.* syphilis.

Charbon. R. B., XXIII, 367, 772; XXIV, 366, 769.

Chauffage. Du — des instruments comme moyen antiseptique, XXIII, 256.

Cheiloplastie. *Voy.* lèvre.

Cheveux. R. B., XXIII, 367.

Chimie. Manuel d'analyse — XXIII, 41. R. B., XXIII, 367; XXIV, 366.

Chloral. Phénomènes consécutifs à l'application du — sur la peau ou dans l'oreille, XXIII, 68; du — dans la chorée, XXIII, 115; empoisonnement par le — XXIII, 453; psychoses dues au — XXIII, 453.

Chlorate. Empoisonnement par le — de potasse, XXIII, 454.

Chlorhydrique (acide). Empoisonnement par l' — XXIV, 454.

Chloroforme. Caractères physiologiques différentiels du — et du chlorure de méthylène, XXIV, 437; transformations du — dans l'organisme, XXIV, 56; action du — sur la moelle, XXIV, 92; du — comme cause des hémorragies puerpérales, XXIII, 601; influence de l'anesthésie — de la mère sur la nutrition de l'enfant, XXIV, 239; injections de narcéine combinées aux inhalations de — XXIV, 89. *Voy.* anesthésie.

Chlorose. De la température et des exacerbations fébriles des — XXIV, 508. — R. B., XXIII, 772; XXIV, 366.

Chlorure. Variation des — dans la tuberculose, XXIV, 56; action du — de baryum, XXIII, 441; du pansement au — de zinc, XXIII, 271; du pansement avec l'étoupe sèche au — de zinc, XXIII, 271.

Cholécystotomie. — pour calculs de la vésicule biliaire, XXIV, 307.

Choléra. Microorganismes intestinaux dans le — infantile, XXIII, 630. — R. B., XXIII, 367, 772; XXIV, 366, 769.

Cholestéatome. — du temporal, suivis de mort par thrombose des sinus et abcès du cervelet, XXIV, 729.
Cholestérine. Présence de la — dans le lait, XXIV, 57.
Chorée. — électrique, XXIII, 182; du chloral dans la — XXIII, 115. — R. B., XXIII, 368; XXIV, 366, 769.
Choroïde. Cancer secondaire des — XXIII, 355. — R. B., XXIII, 368, 773.
Chromhydrose. Obs. de — XXIV, 559.
Chromique (acide). Emploi de l' — dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx, XXIV, 699; de l' — contre les tumeurs du larynx, XXIV, 713.
Chrysarobine. Fixation de la — pour le traitement du psoriasis, XXIV, 467.
Chylurie. De la — XXIV, 471.
Cicatrices. Rapport des — du cœur avec ses troubles rythmiques, XXIII, 516; de l'amélioration de l'opération césarienne au point de vue de la — par première intention de la plaie utérine, XXIII, 225.
Cil. Activité des — vibratiles, XXIV, 415.
Ciliaire. Nerfs des procès — XXIII, 8; état des nerfs — dans l'ophtalmie sympathique, XXIV, 671; névrotomie opticociliaire, XXIV, 671, 686.
Cinchonine, idine. Action de la — XXIII, 71; XXIV, 93; action du sulfate de — XXIV, 465; nouveau corps dérivé de la — XXIII, 74. *Voy* quinquina.
Circoncision. Tuberculose inoculée par la — XXIII, 557.
Circulation. — bucco labiale, XXIII, 26; — des doigts et — dérivative des extrémités, XXIII, 10; — des reins, XXIII, 432, 434; rapports qui existent entre le développement du tissu conjonctif dans la membrane interne de l'aorte et les conditions mécaniques de la — XXIII, 411; durée de la — XXIV, 25; de la — du sang, XXIV, 23; — du sang dans le cerveau, XXIV, 19; de l'influence de la respiration sur la — du sang, XXIII, 29; action du sulfate de quinine sur la — XXIII, 71; — du rein pendant la fièvre, XXIV, 76; troubles de la — dans les néphrites, XXIV, 486. — R. B., XXIV, 366.
Cirrhose. — de l'estomac, XXIII, 164; de la — rénale, XXIV, 503. *Voy.* foie, divers organes.
Climat. R. B., XXIII, 368, 773; XXIV, 366, 739.
Cœcum. *Voy.* intestin.
Cœur. Le bulbe de l'aorte du — de la grenouille, XXIII, 23; terminaison des nerfs dans le — XXIII, 4; de l'innervation du — XXIII, 24; XXIV, 20; succession des contractions du — XXIV, 21; rythmes du — XXIII, 516; sur la diastole locale du — XXIII, 25; lésions valvulaires du — expérimentales, XXIII, 67; variations et dispositions des souffles — XXIII, 503; phénomènes téléphoniques du — pendant l'excitation du pneumogastrique, XXIV, 26; influence des insufflations d'air sur les pulsations du — XXIII, 424; rapport des cicatrices du — avec ses troubles rythmiques, XXIII, 516; de l'hémisystolie, XXIII, 496; phénomène de l'hémisystolie au niveau des vaisseaux fémoraux, XXIII, 503; action de la nicotine sur le — XXIII, 74; du jaborandi dans quelques affections — XIII, 477; action du muguet sur le — XXIII, 117; du cactus grandiflorus dans les affections — XXIII, 504; action de l'atropine et de la muscarine sur le — XXIV, 22; anomalie du — XXIII, 511; ulcère latent de l'œsophage perforant le — XXIII, 669; traités des maladies du — XXIII, 496; palpitations et maladies du — dues à des maladies nerveuses, XXIII, 516; cardiopathies réflexes d'origine brachiale, XXIII, 516; le pouls capillaire visible, XXIII, 507; du pouls sous unguéal, XXIII, 507; théorie du pouls de Corrigan, XXIII, 507; modifications du retard du pouls dans les lésions de l'orifice aortique, XXIII, 507; diagnostic des bruits organiques et inorganiques du — XXIII, 496; pathogénie et siège des bruits de souffle anémiques, XXIII, 496; de l'accentuation du 2e bruit du — XXIII, 496; rétrécissement mitral et insuffisance aortique combinés, XXIII, 503; rétrécissement mitral extrêmement prononcé, XXIII, 503; de l'insuffisance mitrale, XXIII, 503; pronostic du rétrécissement mitral à 50 ans, XXIII, 503; du souffle sibilant au 2e temps dans l'insuffisance aortique, XXIII, 507; les dilatations du — droit, XXIII, 511; quelques formes de dilatation du — XXIII, 511; du poumon cardiaque, XXIII, 497; du rétrécissement tres étroit de la tricuspide. XXIII, 511; du souffle tricuspidien, XXIII, 511; rétrécissement congénital et acquis de l'artère pulmonaire, XXIII, 511; état et rôle du foie dans l'asystolie des alcooliques, XXIII, 497; de la symphyse — XXIII, 493; perforation de la cloison interventriculaire dans l'endocardite ulcéreuse, XXIII, 504; endocardite pyémique suivie de perforation du — XXIII, 504; état des nerfs du — dans l'hypertrophie — XXIII, 520; de la tachycardie, XXIII, 516; du surmenage du — XXIII, 520; des affections aiguës du — chez les vieillards, XXIII, 496; pathogénie des scléroses — XXIII, 496; du — gras XXIII, 497; embolie des artères coronaires, XXIII, 516; des anévrismes — XXIII, 504; ataxie locomotrice et lésions — XXIII, 507; lésions trophiques des valvules aortiques dans l'ataxie, XXIII, 507; lésions de la triscuspide dans la phtisie, XXIII, 511; du siège des bruits — dans la grossesse, XXIV, 243; dilatation du — droit d'origine gastrique, XXIII, 510; pathogénie des lésions du cœur d'origine hépatique, XXIII, 510, 511; influence des maladies du cœur sur les maladies du foie et réciproquement, XXIII, 511; phénomènes — dans l'ictère, XXIII, 511; du bruit de galop en général et en particulier dans la néphrite aiguë, XXIII, 496; de l'hypertrophie — dans les néphrites consécutives aux lésions des voies excré-

toires, XXIV, 497; lésions du — dans les néphrites, XXIV, 486 ; maladies zooparasitaires, du — XXIII, 497; hydatides et cysticerques du — XXIII, 497; plaies du — par armes à feu, XXIV, 737; — R. B., XXIII, 368, 773; XXIV, 366, 769.
Coloboma. — de la paupière, XXIII, 724.
Colonisation. — de la Guyane, XXIII, 488. — européenne dans les pays chauds XXIII, 488.
Colotomie. *Voy.* anus.
Coma. Du — cancéreux, XXIII, 569.
Commotion. — cérébrale chez l'enfant, XXIII, 630.
Condurango. Effets du — dans le cancer, XXIV, 465.
Condylome. Du — anal, XXIII, 239.
Conjonctive. De l'inflammation folliculaire de la — XXIV, 356; infiltration jaune diffuse de la — guérie par l'iodoforme, XXIII, 729; traitement des granulations — XXIV, 355, 677; de la greffe — XXIV, 357; tuberculose — XXIII, 347; de la tuberculose et du lupus de la — XXIV, 676; sarcome mélanique de la — XXIV, 676; kyste de la — XXIV, 675. — R. B., XXIII, 368, 773; XXIV, 367, 770.
Conjonctivite. — vernale, XXIV, 677; — des nouveau-nés, XXIV, 672; traitement de la — granuleuse par le jequirity, XXIII, 732; traitement de la — granuleuse, XXIV, 355, 677; de l'inoculation purulente dans le traitement des — granuleuses, XXIII, 348, 360.
Constipation. Emploi de la cascara sangrada dans la — habituelle, XXIV, 465.
Contagion. — de la fièvre typhoïde, XXIII, 128.
Contracture. — des fléchisseurs des doigts chez une fleuriste, XXIII, 192.
Contusion. Accidents de la — de l'estomac, XXIII, 163.
Convalescence. De la — et des signes de la — franche dans la fièvre typhoïde, XXIII, 140; accidents de la — de la fièvre typhoïde, XXIII, 160.
Convallaria. Action de la — XXIII, 477, 478; étude comparée du — et de la digitale, XXIII, 117; action du — sur le cœur et les reins, XXIII, 117.
Coque du Levant. Empoisonnement par la — XXIV, 444.
Coqueluche. De la — XXIII, 620; du tartrate de quinoline contre la — XXIII, 120; traitement de la — par le croton chloral; XXIV, 104; traitement de la — par la résorcine, XXIII, 623. — R. B., XXIII, 368, 773; XXIV, 770.
Cordon inguinal. Le canal péritonéo-vaginal, XXIII, 303.
Cordon ombilical. Des nœuds du — XXIII, 601; mort du fœtus par hématome du — XXIV, 515; traitement de la procidence du — XXIV, 514. — R. B., XXIV, 770.
Cornée. Histologie de la — XXIII, 410; de la courbure — à l'état normal et à l'état pathologique, XXIV, 665; nutrition de la — XXIII, 719; anatomie pathologique de la — dans le glaucome, XXIII, 351; de l'iridectomie dans le staphylome, XXIV, 667; ulcération de la — par des mucédinées, XXIV, 667; apoplexie étendue de la — XXIII, 350; traitement des opacités — XXIV, 355. — R. B., XXIII, 369, 774; XXIV, 367.
Corps étrangers. Balle extraite du crâne après l'apparition des phénomènes secondaires, XXIV, 119; projectile enkysté dans la cavité crânienne, XXIV, 119; lame de couteau restée dans le crâne, XXIV, 119; — dans le cerveau, XXIV, 658, 659; extraction des — de l'œil par l'aimant, XXIII, 732; extraction des — de l'œil au moyen de l'aiguille électro-magnétique, XXIII, 358; extraction d'un morceau de capsule du corps vitré, XXIV, 691; — des voies aériennes, XXIII, 747; XXIV, 710, 712, 713; — des bronches, XXIV, 710, 712; lame de couteau dans le pharynx, XXIV, 700; dentier logé dans le pharynx, XXIV, 700; — de l'œsophage, perforation de l'aorte, XXIII, 302; gastrostomie pour — de l'estomac, XXIII, 660; gastrostomie pour une cuillère dans l'estomac, XXIV, 350; — de l'appendice cœcal simulant l'etranglement interne, XXIII, 695; tétanos par — implanté sur le nerf médian, XXIV, 303; — R. B., XXIII, 369; XXIV, 369, 770. *Voy.* vessie.
Corset. *Voy.* appareil.
Cotonnier. Ecorce de racine de — comme succédanée du seigle ergoté, XXIV, 106.
Cou. Plaie singulière du — XXIII, 705; — R. B., XXIV, 770.
Couleur. Physiologie comparée du sens des — XXIII, 58; perception des — et des différences de clarté, XXIV, 351; association des sensations olfactives avec les — XXIV, 660; érythropsie chez les opérés de cataracte, XXIII, 353.
Coxalgie. Ostéotomie dans la — XXIV, 617.
Crampe. — de l'hypoglosse, XXIII, 192.
Crâne. Rapports du péri — avec les couches de la région temporale, XXIII, 11; rapports entre la longueur du — et la réfraction oculaire, XXIV, 352; des synostoses de l'atlas, XXIV, 270; paralysie unilatérale des nerfs — XXIV, 140; paralysie bulbaire due à un cancer de la base du — XXIV, 140; lésions intra — affectant le bulbe, XXIV, 140; trépanation pour les accidents tardifs de la fracture du — XXIV, 120; extirpation de tumeurs malignes du — XXIII, 290; sarcome du — XXIII, 707; XXIV, 546; kyste hydatique de la base du — XXIV, 121; balle extraite du — après l'apparition des phénomènes secondaires, XXIV, 119; lame de couteau restée dans le — XXIV, 119; projectiles enkystés dans le — XXIV, 119. — R. B., XXIII, 369, 774; XXIV, 367, 770.
Crânioclasie. Indications de la — XXIII, 609. *Voy.* céphalotripsie.
Crâniotomie. Etude de cent cas de — XXIV, 528.
Crapaud. Histoire du développement du — accoucheur, XXIII, 35.
Créosote. Effet du séjour prolongé dans les vapeurs de — XXIV, 449; empoisonnement par la — XXIV, 449.
Crétinisme. Pathogénie du — XXIII, 250; le

— des Batignolles, XXIII, 251. — R. B., XXIV, 368.
Criminels. Cerveaux de — XXIV, 269; crânes de — XXIV, 270. — R. B., XXIV, 771.
Cristallin. Le vortex et l'arc de noyaux dans le — XXIII, 9; reproduction de l'épithelium de la capsule — antérieure, XXIII, 411. — R. B., XXIII, 369, 774; XXIV, 368, 771. *Voy.* cataracte.
Croissance. Céphalalgies de — XXIV, 536.
Croton chloral. Traitement de la coqueluche par le — XXIV, 104.
Croton tiglium. Traitement des teignes par l'huile de — XXIII, 645.
Cuisine. La — de Becker, XXIV, 739.
Cuivre. Empoisonnement par le — XXIV, 450 ; empoisonnement — par l'extrait de quinquina. XXIV, 450.
Curare. Traitement du tétanos par le — XXIII, 288.
Curette. Emploi de la — tranchante en obstétrique, XXIII, 608.
Cyanhydrique (acide), cyanure. Recherche du — de potassium après empoisonnement datant de 4 mois, XXIV, 452 ; empoisonnement par l'acide — XXIV, 452.
Cylindroma. Du — XXIV, 62.
Cysticerque. — du cœur, XXIII, 497.
Cystine. De la — XXIV, 52 ; calcul de — XXIV, 325.
Cystinurie. Cas de — XXIV, 471.
Cystite. Des — XXIV, 335; — tuberculeuse, XXIII, 542; état latent du début de la — blennorragique, XXIV, 580; traitement des — aiguës, XXIV, 336; de la taille dans les — XXIV, 337. *Voy.* vessie.
Cystorraphie. De la — hypogastrique, XXIV, 325.
Cytisus. Empoisonnement par le — laburnum, XXIII, 460, 461.

D

Dacryocystite. *Voy.* Voies lacrymales.
Dactylite. — syphilitique, XXIII, 653.
Daltonisme. Méthode de diagnostic du — XXIV, 661; de la fluorescence pour les — XXIV, 661. — R. B., XXIII, 369; XXIV, 771.
Délire. Etude du — intermittent, XXIII, 246 ; de l'évolution du — dans la vésanie, XXIV, 258.
Delirium tremens. *Voy.* alcoolisme.
Délivrance. Méthode de — XXIV, 523, 527; de la — par tractions et par expression, XXIII, 207 ; traitement des hémorragies de la — pour les cas de placenta prævia, XXIII, 214. *Voy.* accouchement.
Dent. Résection du nerf — inférieur, XXIV, 302 ; — R. B., XXIII, 369; XXIV, 368, 771.
Dermatite. — pemphigoïde avec lésions du système nerveux, XXIV, 554.
Dermatose. La — de Kaposi, XXIII, 643.
Désinfection, ant. Peut-on — complètement le canal génital de la femme, XXIV, 531; emploi du sublimé comme — en obstétrique, XXIV, 531. — R. B., XXIV, 771.
Diabète. De la kératite et de l'iritis — XXIII, 350 ; consolidation des fractures chez les — XXIV, 591 ; — insipide d'origine syphilitique, XXIII, 651 ; — insipide chez l'enfant, XXIV, 541 ; de l'ergotinine dans le — XXIV, 466. — R. B., XXIII, 370, 477; XXIV, 368, 771.
Diaphragme. De la pleurésie — XXIV, 202. — R. B., XXIII, 370.
Diarrhée. Température locale dans la — de Cochinchine, XXIII, 481 ; traitement de la — chronique par les peptones, XXIII 474. — R. B., XXIII, 370.
Diathèse. — R. B., XXIII, 370.
Diazoïque. De la réaction — XXIV, 52.
Digestion. — et digestibilité du lait de vache, XXIII 42 ; rôle de la bile dans la — intestinale, XXIV, 31 ; action des boissons infusées sur la — peptique, XXIV, 32; pathologie de la — XXIII 567. — R. B., XXIII, 370 ; XXIV, 368.
Digitale. Action de la — XXIII, 477; étude comparée du muguet et de la — XXIII, 117; empoisonnement par la — XXIII, 91.
Diphtérie. — nasale, XXIII, 736; troubles de l'accommodation à la suite d'angine — XXIV, 675; bride cicatricielle du larynx consécutive à la — XXIII, 743 ; — de l'oreille, suite de scarlatine, XXIV, 724; otite, — XXIII, 754, 755; traitement de la — par le brome, XXIII, 472 ; traitement de la — par le sublimé, XXIII, 473 ; XXIV, 468 ; traitement de la — par la papayotine, XXIII, 107, 472. — R. B., XXIII, 370, 774 ; XXIV, 368, 771.
Dipsomanie. *Voy.* alcoolisme, aliénation.
Docimasie. De la — pulmonaire, XXIV, 285.
Doigts. Circulation des — XXIII, 10 ; luxation irréductible de l'index, XXIV, 586 ; déformations lupiques des — XXIV, 556. *Voy.* main.
Drainage. Du — chirurgical et de nouveaux instruments de — XXIII, 256 ; — abdominal dans l'hystérotomie, XXIV, 220.
Dyspepsie. Asthme — XXIV, 542.
Dysphagie. Longueur excessive de l'apophyse styloïde comme cause de — XXIII, 739.
Dyspnée. Respirateur contre la — des emphysémateux, XXIII, 114.
Dyssenterie. Traité de la — XXIII, 480; troubles de la coordination motrice consécutifs à la — XXIV, 168 ; étude anatomo-pathologique de la — XXIV, 433. — R. B., XXIII, 370 ; XXIV, 369.
Dystocie. Opération césarienne pour un cas de — par tumeur du col, XXIII, 225. *Voy.* accouchement.

E

Eau. Action de l'— oxygénée, XXIII, 89 ; applications de l'— oxygénée, XXIII, 475; pansement à l'— oxygénée, XXIII,

265; influence de grandes quantités d'— sur la fièvre, XXIV, 77; des injections vaginales avec l'— très chaude, XXIV, 236; des injections d' — chaude ou froide dans les hémorragies puerpérales, XXIV, 522. — R. B., XXIII, 370, 775; XXIV, 369.
Eaux minérales. Indications et contre-indications des — pendant la grossesse, XXIII, 465; de l'action des — dans la syphilis, XXIII, 656; traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses, XXIII, 656; des — d'Aulus dans la syphilis, XXIII, 656. — R. B., XXIII, 371, 775; XXIV, 369, 772.
Éclampsie. — nutans, XXIII, 192. — R. B., XXIII, 371; XXIV, 369, 772.
École. Influence de la vie d'— sur la réfraction, XXIII, 346; changements de la réfraction observés en 6 ans chez 85 — XXIII, 718; myopie — XXIII, 346; causes de surdité chez les — XXIII, 749; examen de l'ouïe et de l'oreille chez les — XXIII, 749.
Écriture. De l'— spéculaire, XXIV, 151; troubles cérébraux amenant l'impossibilité de l'— XXIV, 152. — R. B., XXIV, 772.
Eczéma. — provoqué par l'anachardium orientale, XXIII, 648. — R. B., XXIV, 369.
Électricité. Procédé pour obtenir des chocs d'induction de fermeture et de rupture d'égale intensité, XXIV, 40; sur le temps perdu de la contraction d'ouverture, XXIII, 420; excitation — des nerfs et des muscles, XXIII, 418, 419; réaction des nerfs et des muscles à l'état physiologique et pathologique, XXIV, 207; sur la façon dont réagissent les centres vaso-moteurs du cerveau et de la moelle sous l'influence de courants appliqués sur le crâne, la colonne vertébrale et la peau, XXIV, 19; conductibilité — de la peau, XXIV, 460; de l'— comme moyen de diagnostic, XXIV, 207; — statique contre le torticolis, XXIII, 115; anévrisme de l'aorte traité par l'— puncture, XXIII, 522; étranglement herniaire levé par la faradisation, XXIII, 317; effets des courants — appliqués au voisinage de l'œil, XXIII, 722, 723; changement des pôles de l'aiguille électro-magnétique pour l'extraction des corps étrangers de l'œil, XXIII, 358. — R. B., XXIII, 371, 775; XXIV, 369, 772.
Éléphantiasis. R. B., XXIV, 370, 772.
Élongation. Étude expérimentale de l'— des nerfs, XXIII, 63; statistique des cas d'— des nerfs, XXIII, 282; influence de l'— d'un nerf sur sa conductibilité et son irritabilité, XXIV, 434; dégénérescence grise de la moelle après l'— des nerfs, XXIV, 168; — des nerfs dans les névralgies, XXIV, 291; — du nerf nasal externe contre les douleurs ciliaires et le glaucome, XXIV, 686; — du nerf dentaire inférieur, XXIII, 283; conséquences de l'— nerveuse dans les névralgies du trijumeau, XXIV, 296; — du nerf radial, XXIV, 291; — du sciatique et du péronier pour une paralysie traumatique, XXIV, 291; — du sciatique poplité externe enserré dans un cal osseux, XXIV, 304; de l'— des nerfs dans le tabes et les maladies de la moelle, XXIV, 291.
Embolie. — de l'artère centrale de la rétine, XXIV, 691; — de la moelle lombaire, XXIV, 168; — des artères coronaires, XXIII, 516; — consécutive à l'ulcère de l'estomac, XXIII, 164; — de l'artère mésentérique supérieure, XXIII, 522; danger des — graisseuses dans certaines résections du genou, XXIV, 604; mort par — suite de fracture, XXIV, 591.
Embryon. Anatomie d'un — de 3 semaines, XXIV, 403; développement — des œufs de poule chez lesquels on limite l'intensité des échanges gazeux, XXIV, 39; développement des tubes nerveux chez l'— XXIV, 1; anus de Rusconi et la ligne primitive, XXIV, 14; respiration d'un — de poulet dans une atmosphère d'oxygène, XXIV, 27; production artificielle de l'inversion viscérale chez des — de poulet, XXIV, 68. — R. B., XXIII, 775; XXIV, 772.
Embryotomie. R. B., XXIV, 772.
Emphysème. Respirateur dans la dyspnée des — XXIII, 114.
Empoisonnement. Des règles à adopter dans les expertises d' — XXIV, 271; des convulsions épileptiques par — XXIV, 93; action toxique exercée par quelques organes frais, XXIV, 426; — — par le gaz d'éclairage, XXIV, 96; — par les vapeurs de charbon, XXIV, 456; ramollissement cérébral consécutif à l'— par le charbon, XXIV, 456; paralysies, névralgies survenant dans l' — par l'oxyde de carbone, XXIV, 456; — par l'oxyde de carbone dans le cours de la grossesse, XXIV, 456; transfusion dans l' — par l'oxyde de carbone, XXIV, 456; dans l' — par l'oxyde de carbone, ce gaz passe-t-il de la mère au fœtus, XXIII, 453; — par le sulfure de carbone XXIV, 96; résultats de l' — par l'alcool et l'essence d'absinthe, XXIV, 268; — par la créosote, XXIV, 449; — par la strychnine, XXIV, 94; — par les semences du solanum pseudo-capsicum, XXIV, 95; température dans l'— par la nicotine, XXIV, 94; — par la digitale, XXIII, 91; — par l'ergotine, XXIV, 466; épidémie d'ergotisme, XXIII, 93; — double par le laudanum et l'atropine, XXIII, 92; traitement de l' — par la belladone, XXIV, 106; — par la pelletiérine, XXIV, 442; — par les fruits du taminier, XXIV, 444; — par la coque du Levant, XXIV, 444; — par le cytisus la burnum, XXIII, 460, 461; — par l'anis étoilé, XXIV, 455; — par les graines de ricin, XXIV, 96; recherche du cyanure de potassium après — XXIV, 452; — par l'acide cyanhydrique, XXIV, 452; — par le chloral, XXIII, 453; — par le phosphore, XXIV, 453; — par l'iode, XXIII, 454; — par l'iodoforme, XXIII, 449; — par l'acide chlorhydrique, XXIV,

454; — par le chlorure de baryum, XXIV, 449; —par le chlorate de potasse, XXIII, 454; — par le baume du Pérou employé comme antipsorique, XXIV, 569; — par l'acide pyrogallique en frictions contre le psoriasis, XXIV, 569; — par le sous-nitrate de bismuth en pansement, XXIV, 455; — par les sels de cuivre, XXIV, 450; — cuprique par l'extrait de quinquina, XXIV, 450; — — par le plomb, XXIII, 90; lésions du pancréas dans l' — par le sublimé, XXIII, 458; — par l'explosion de vif argent, XXIII, 459; — par un tain défectueux, XXIII, 459; — par le turbith minéral, XXIII, 460, XXIV, 448; — par l'arsenic, XXIV, 445; paralysie arsenicale, XXIV, 445; — par l'hydrogène arsenié, XXIV, 445; modifications de la moelle dans l' — par l'arsenic, le plomb, le mercure, XXIII, 460; pigment jaune de l'intestin dans l' — par l'arsenic, XXIV, 97. — R. B., XXIII, 371, 775; XXIV, 370, 773.

Empyème. Pleurésie purulente guérie en 3 semaines par — XXIV, 202; de l' — chez les enfants, XXIV, 543; traitement de l' — XXIII, 625. *Voy.* plèvre.

Encéphale. Mode de production de l'anesthésie dans les affections organiques de l' — XXIV, 78. *Voy.* cerveau.

Encéphalite. — congénitale, XXIV, 109; — interstitielle, avec kératite ulcéreuse, XXIV, 109.

Enchondrome. R. B., XXIII, 372; XXIV, 773.

Endocarde. Du rôle de l' — pariétal, XXIII, 496; R. B., XXIII, 372.

Endocardite. Pathogénie des — XXIII, 496; de l' — aiguë d'une seule cavité, XXIII, 511; obs. d' — ulcéreuse avec rupture de la valvule mitrale, XXIII, 503; — ulcéreuse consécutive à la pneumonie, XXIII, 504; perforations de la cloison interventriculaire dans l' — ulcéreuse, XXIII, 504; perforation du cœur dans une — pyémique, XXIII, 504.

Enfant. Anatomie du canal intestinal chez l' — XXIII, 15; influence de l'anesthésie chloroformique de la mère sur la nutrition de l' — XXIV, 239; valeur de certains symptomes isolés pour le diagnostic de quelques maladies de l' — XXIV, 533; leçons sur les maladies des — XXIII, 620, 622, 623; diabète insipide, XXIV, 541; rhumatisme articulaire chez l' — XXIV, 210; inflammations infectieuses multiples des séreuses dans l' — XXIV, 540; céphalalgie de croissance, XXIV, 536; commotion cérébrale avec hémiplégie et aphasie passagères, XXIII, 631; hémorragie cérébrale chez un — XXIV, 110; hémiplégie dans le cours d'une rougeole, XXIV, 539; hémiplégie chez un — convalescent de fièvre typhoïde, XXIII, 150; tubercule solitaire du pédoncule cérébral, XXIV, 121; porencéphalie acquise de la première — XXIV, 110; gliome du pont de Varole chez un — XXIV, 536; du phénomène du genou chez l' — XXIV, 182; de la paralysie — XXIV, 537; paraplégie due à des lombrics, XXIV, 539; de l'asthme dyspeptique des — XXIV, 542; fréquence de la tuberculose et ses localisations dans l' — XXIII, 557; de l'empyème, XXIV, 543; traitement de l'empyème chez l' — XXIII, 625; dilatation de l'estomac, XXIII, 626; ulcère de l'estomac chez un — XXIII, 164; microorganismes intestinaux dans le choléra — XXIII, 630; leucémie splénique, XXIII, 630; la fièvre typhoïde chez les — XXIII, 139; mort subite par fièvre typhoïde chez des — XXIII, 150; abcès du foie dans une fièvre typhoïde chez l' — XXIII, 149; gangrène symétrique cachectique, XXIII, 629; gangrène symétrique des extrémités, XXIV, 547; modification de la température par les onctions cutanées dans les maladies fébriles des — XXIII, 468; céphalématome tardif, XXIII, 631; sarcome du crâne, XXIV, 546; traitement des fractures de cuisse chez l' — XXIII, 632; luxation du poignet droit chez un — XXIV, 585; tumeurs abdominales chez les — XXIV, 546; des tumeurs malignes chez les — XXIII, 634; œsophagotomie externe et interne combinées, XXIV, 543; gastrostomie chez l' — XXIV, 543; kystes des reins chez l' — XXIV, 546; cancer du testicule chez l' — XXIV, 547; otite labyrinthique des — XXIV, 722. — R. B., XXIII, 372, 776; XXIV, 370, 773.

Entérectomie. *Voy.* intestin.

Entérite. — ulcéreuse, peut-être fièvre typhoïde, XXIII, 149; traitement de l' — chronique par les peptones, XXIII, 474. *Voy.* diarrhée, intestin.

Entérorraphie. *Voy.* intestin.

Entérotomie. Obs. de gastro — XXIII, 673. *Voy.* anus, intestin.

Entorse. De l' — et de son traitement, XXIV, 637.

Entozoaires. R. B., XXIII, 792.

Epidémie. Formes diverses d' — puerpérales, XXIII, 209.

Épiderme. Modifications et disparition du stratum granulosum de l' — dans quelques maladies de la peau, XXIII, 639.

Épilepsie. Recherches cliniques sur l' — XXIII, 244; de l'albuminurie dans l'accès — XXIV, 267; évolution des maladies intercurrentes chez les — bromurés, XXIII, 244; phénomènes post — XXIV, 267; des convulsions — par empoisonnements, XXIV, 93; résection de la tête humérale pour un cas de luxation se reproduisant à chaque accès — XXIV, 585. — R. B., XXIII, 372, 776; XXIV, 371, 774.

Épiplocèle. *Voy.* hernie.

Epispadias. — chez la femme, XXIV, 230.

Epithélioma. Rapports du lupus vorax avec l' — XXIII, 642; de l' — alvéolaire avec envahissement myxomateux, XXIV, 62; ablation d'un — de l'amygdale, XXIII, 738; — du rein, XXIV, 505; — primitif de la rate, XXIII, 570. — R. B., XXIII, 372.

Épithélium. Activité des cils vibratiles, XXIV, 415.
Équilibre. Rapports fonctionnels des olives inférieurs avec le cervelet et leur rôle dans le maintien de l' — XXIII, 21.
Ergot, ergotine. *Voy.* seigle ergoté.
Erysipèle. Siège des bactéries dans l' — XXIV, 68; inoculation de l' — chez une cancéreuse et action de l' — sur l'évolution du cancer, XXIV, 426; néphrite dans le cours de l' — XXIV, 486; de l'atrophie du nerf optique consécutive à l' — de la face, XXIV, 685. — R. B., XXIII, 372, 776; XXIV, 371, 774.
Érythème. — urémique, XXIV, 471; — morphinique, XXIII, 648.—R. B., XXIV, 371.
Érythrasma. De l' — XXIII, 637.
Erythropsie. — chez les opérés de cataracte, XXIII, 353; XXIV, 684
Esprit. La pathologie de l' — XXIII, 242.
Estomac. Formation de valvules au niveau du cardia, XXIII, 163; fonctions des appendices pyloriques, XXIII, 40; sécrétion gastrique, XXIII, 435; réaction de la muqueuse de l' — à l'état vivant, XXIII, 435; absorption par la muqueuse — XXIII, 567; malformation de l'—XXIII, 163; diagnostic des affections de l' — XXIII, 163; rapports des fermentations — avec l'insuffisance mécanique de l' — XXIII, 164; présence du phosphate de magnésie dans les urines des sujets atteints d'affections — XXIII, 163; des affections nerveuses de l' — XXIII, 164; de l'hystérie — XXIII, 172; aphonie réflexe d'origine — XXIII, 740; dilatation de l' — sans obstacle pylorique, XXIII, 163; dilatation de l' — chez les enfants, XXIII, 626; dilatation du cœur droit d'origine — XXIII, 510; cirrhose de l' — avec disparition des glandes, XXIII, 164; histologie des cicatrices d'ulcères ronds de l'— XXIII, 164; rapports de l'ulcère — avec le cancer, XXIII, 164; thrombus, embolies et infarctus consécutifs à l'ulcère de l' — XXIII, 164; ulcère de l' — chez un enfant, XXIII, 164; hématémèses dans les hypertrophies chroniques de la rate, XXIII, 164; cancer de l' — XXIII, 163; sur les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde, XXIII, 149; accidents de la contusion de l' — XXIII, 163; du traitement des maladies de l'—XXIII, 473; lavage de l'— XXIII, 473; du lavage de l'— dans quelques affections chroniques de l' — XXIII, 110; hématémèses produites par un lavage de l' — XXIII, 164; abcès de la rate ouvert dans l' — XXIV, 64; tumeur pileuse extraite de l' —par la gastrostomie, XXIII, 660; plaie de l' — laparotomie et suture, XXIII, 684; ponction capillaire de l' — XXIII, 164; gastrostomie pour corps étrangers de l'— XXIII, 660; gastrostomie pour une cuillère dans l' — XXIV, 350; résection du pylore dans les lésions organiques de l'— XXIII, 672. — R. B., XXIII, 373, 776; XXIV, 371, 774.
Éther. Anesthésie par le rectum avec l' — XXIV, 287, 581, 584; affusions d'— dans l'étranglement herniaire, XXIII, 317. *Voy.* anesthésie.
Éthyle. Du bromure d' — comme anesthésique en obstétrique, XXIV, 239.
Étoupe. L' — purifiée et antiseptique comme pansement, XXIII, 256; du pansement à l' — sèche au chlorure de zinc, XXIII, 271.
Étranglement. De l'— dans la hernie inguinale congénitale, XXIII, 303; — dans la hernie obturatrice, XXIII, 312; faradisation dans l'— herniaire, XXIII, 317; affusions d'éther dans l' — herniaire, XXIII, 317; injection de morphine dans l' — herniaire, XXIII, 317; laparotomie pour l'—interne, XXIII, 303; — interne traité par la laparotomie, XXIII, 687; résection et suture de l'intestin dans les hernies — XXIII, 320, 321. *Voy.* hernie, occlusion intestinale.
Eucalyptus, ol. Du pansement à l'—XXIII, 265.
Evonymin. Étude sur l'— XXIII, 117.
Exanthème.—médicamenteux, XXIII, 648; — par la teinture d'arnica, XXIV, 568; — par le benzoate de soude, XXIV, 568; — survenant dans le cours ou à la suite de la fièvre typhoïde, XXIII, 140.—R. B., XXIII, 373.
Exophtalmie. — par dilatation variqueuse, XXIV, 678.
Exostose. — du conduit auditif, XXIV, 728.
Expectoration. Étude de l'— dans l'asthme, XXIV, 693; recherches du bacille tuberculeux dans l' — XXIII, 532; valeur diagnostique de la présence des bacilles tuberculeux dans les crachats, XXIII, 532; infection de la muqueuse intestinale par la déglutition des crachats tuberculeux, XXIII, 546.
Exstrophie. — complète de la vessie chez une jeune fille, XXIII, 344.

F

Face. Préformation du squelette de la face, XXIV, 405; de l'atrophie et de l'hémiatrophie de la — XXIII, 188; trophonévrose de la — XXIII, 188; action de la napelline dans la névralgie de la — XXIV, 103. - R. B., XXIV, 372.
Fécondation. Sur la — des œufs ultramûrs, XXIII, 35; de la — chez les batraciens, XXIII, 35.
Fer. Comparaison de préparations de — XXIV, 468; action et administration de l'albuminate de — XXIV, 468; action du — dans l'anémie, XXIII, 121; injections sous-cutanées de — XXIII, 462.
Ferment, ation. Du — fibrinogène, XXIV, 426; — de la cellulose, XXIII, 50; XXIV, 31; — du gaz des marais, XXIII, 50; rapport des — gastriques avec l'insuffisance mécanique de l'estomac, XXIII, 164; alcaloïdes de la — XIII, 49; influence de l'eau oxygénée

sur la — XXIII, 265. — R. B., XXIII, 373; XXIV, 372, 774.
Fibrine. — ordinaire et concrète, XXIV, 42; transformation du fibrinogène en — XXIV, 42; du ferment — XXIV, 426.
Fibrome. — du larynx, XXIII, 746, XXIV, 708; — de l'éthmoïde, XXIV, 728; — de l'aponévrose palmaire, XXIII, 716; — molluscum de la peau, XXIV, 562; — des reins, XXIV, 505; néphrectomie pour un — de la capsule du rein XXIV, 307; diagnostic différentiel des diverses formes de — utérins, XXIII, 588; traitement des — utérins, XXIII, 577. 581; hystérotomie pour — utérins, XXIII, 588. — R. B., XXIII, 776.
Fièvre. Echanges respiratoires dans la — XXIV, 74; chaleur chez les animaux dans l'état de — XXIV, 75; influence de grandes quantités d'eau sur la — XXIV, 77; circulation des reins pendant la — XXIV, 76; étude expérimentale de la — XXIII, 54; — des chlorotiques, XXIV, 508; de la pseudo — hystérique, XXIII, 172; la — traumatique nerveuse, XXIV, 429; — tardive chez les accouchées, XXIV, 241; courbature — dans l'armée, XXIII, 766. — R. B., XXIII, 373; XXIV, 774.
Fièvre intermittente. Des — paludéennes, XXIII, 481; de la crise hématique dans la — XXIV, 507; des altérations paludéennes des reins, XXIV, 486; hématurie malariale, XXIV, 486; accès de — chez un nouveau-né, XXIV, 542. — R. B., XXIII, 373, 777; XXIV, 372, 774.
Fièvre jaune. Epidémies de — XXIII, 481; théorie de la — XXIII, 481; traitement de la — par le salicylate de soude et l'acide phénique, XXIII, 107. — R. B., XXIII, 373, 777; XXIV, 775.
Fièvre récurrente. De la kairine dans la — XXIII, 475.
Fistule. Traitement des — laryngées, XXIII, 742; obs. de — urinaires, XXIV, 230; autoplastie pour — péniennes, XXIV, 349; de l'influence des — urinaires sur la menstruation et la grossesse, XXIV, 230; dilatation de l'urèthre dans l'opération de la — vésico-vaginale, XXIV, 230; traitement de l'incontinence d'urine consécutive aux — vésico-vaginales, XXIV, 229; hydronéphrose suppurée d'un rein mobile, traitée par l'établissement d'une — du bassinet, XXIV, 306; création d'une — recto vaginale, XXIV, 230; traitement des — pyostercorales, XXIII, 321; traitement des — stercorales XXIII, 320, 321; des — intestino-utérines, XXIII, 321. — R. B., XXIII, 374.
Fluorescéine. Echanges de liquides intra-oculaires étudiés à l'aide de la — XXIII, 719; de la — pour les daltoniques, XXIV, 661.
Fœtus. Vice de conformation du bassin du — XXIV, 71; des échanges moléculaires chez le — XXIV, 37; des mouvements du — XXIV, 243; influence de la température des femelles en gestation sur la vitalité du — XXIV, 39; mort du — par hématome du cordon, XXIV, 515; lésions du — pendant l'accouchement, XXIV, 515; transmission de la tuberculose au — XXIII, 558. — R. B., XXIV, 372.
Foie. Structure et fonctions du — des gastéropodes, XXIII, 14; régénération partielle et néoformation du — XXIV, 80; état et rôle du — dans l'asystolie des alcooliques, XXIII, 497; lésions du cœur d'origine — XXIII, 510, 511; influence des maladies du cœur sur celles du — et réciproquement, XXIII, 511; phénomènes cardiaques dans l' — XXIII, 511; le — des tuberculeux, XXIV, 63; tuberculose des voies biliaires intra — XXIV, 63; thrombose de la veine porte d'origine syphilitique, XXIV, 575; abcès du — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149, 150. — R. B., XXIII, 374, 777; XXIV, 372, 775.
Folie. *Voy.* aliénation.
Folliculite. — blennorragique, XXIII, 659.
Forceps. Des diverses espèces de — XXIII, 605; de l'application du — dans le décubitus latéral, XXIII, 203. — R. B., XXIII, 374; XXIV, 775.
Formiamide. Traitement de la syphilis par le — mercuriel, XXIV, 579.
Foudre. Un cas d'image produite par la — XXIV, 659. — R. B., XXIII, 374.
Fourmi. Lésions faites par des — sur le cadavre, XXIV, 284.
Fracture. — du larynx, XXIII, 746; consolidation des — chez les diabétiques, XXIV, 591; trépanation dans les — du crâne, XXIV, 120; emploi du corset de Sayre dans les — du rachis, XXIV, 643; résection temporaire de l'olécrâne pour extraire l'épitrochlée — XXIV, 603; — de la tête du radius, XXIV, 591; — de l'apophyse cubitale, XXIV, 591; des paralysies du nerf radial liées aux — de l'humérus, XXIV, 303; lésion du nerf médian par le cal d'une — de l'humérus, XXIV, 591; — du col du fémur, XXIV, 591; disjonction épiphysaire du fémur, XXIV, 591; du traitement des — de cuisse chez les vieillards, XXIV, 591; traitement des — de cuisse chez l'enfant, XXIII, 632; élongation du nerf sciatique poplité externe enserré dans un cal osseux, XXIV, 304; les nouveaux modes de traitement des — de la rotule, XXIV, 596; — de la rotule, XXIV, 596; atrophie musculaire consécutive aux — de la rotule, XXIV, 596; état fonctionnel du triceps fémoral à la suite des — transversales de la rotule, XXIV, 596; de la suture osseuse dans les — de la rotule, XXIV, 596; consolidation osseuse, sans suture, des — — de la rotule, XXIV, 596; traitement des — de la rotule par l'appareil plâtré, XXIV, 596; mort par embolie, suite de — XXIV, 591; ostéoclasie pour un cal vicieux, XXIV, 617. — R. B., XXIII, 374, 777; XXIV, 373, 775.
Fungus. *Voy.* Sarcome.

G

Gafsa (bouton de). *Voy.* Biskra.
Gaïac. Traitement de l'angine catarrhale par la teinture de — XXIV, 703.
Gale. R. B., XXIV, 776.
Galium. — comme topique dans les ulcères chroniques, XXIV, 108.
Gangrène. — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149; de la — symétrique, XXIII, 192; — symétrique des extrémités chez un enfant, XXIV, 547; — symétrique des extrémités chez un albuminurique, XXIV, 496; — symétrique chez un enfant XXIII, 629; nature de la septicémie — XXIV, 424. 650; étude clinique de la — gazeuse, XXIV, 650. — R. B., XXIII, 374, 778; XXIV, 373, 776.
Ganoïdes. La rétine des — XXIII, 8.
Garou. Abcès provoqués par l'écorce de — XXIV, 735.
Gartner (conduits de). Inflammation des — XXIV, 235.
Gastéropodes. Structure et fonctions du foie des — XXIII, 14.
Gastrostomie. Sur le lieu d'élection de la fistule dans la — XXIII, 660; chez un enfant, XXIV, 543; — pour rétrécissement et cancer de l'œsophage, XXIII, 660, 672; — pour une cuillère dans l'estomac, XXIV, 350; — pour des corps étrangers de l'estomac, XXIII, 660; — pour une tumeur pileuse de l'estomac, XXIII, 660; obs. de — XXIII, 673. — R. B., XXIII, 375, 778; XXIV, 374, 776.
Gavage. Du — spécialement dans la phtisie, XXIII, 110.
Gaz. Développement embryonnaire des œufs chez lesquels on limite l'intensité des échanges — XXIV, 39; fermentation du — des marais, XXIII, 50; empoisonnement par le — d'éclairage, XXIV, 96; insufflation artificielle de — dans le gros intestin, XXIII, 70.
Gélatine. Peptone de la — XXIV, 50.
Gelure. R. B., XXIII, 375.
Génitaux (organes). Structure et développement des — externes de la femme, XXIV, 13; les conduits de Gartner chez la femme, XXIV, 12; relations du corps thyroïde avec les organes — de la femme, XXIV, 655; névroses des organes — XXIV, 343; lupus hémorragique des — XXIV, 558. — R. B., XXIV, 776.
Genou. Du phénomène du — XXIV, 181, 182; luxation du — XXIV, 586; extirpation d'un fibro-cartilage semi-lunaire du — XXIV, 604; section des ligaments cruraux pour améliorer une ankylose du — XXIV, 618; résection du — XXIV, 603, 604; ostéotomie et ostéoclasie pour — valgus, XXIV, 617, 618; des manœuvres manuelles pour la réduction du — valgus, XXIV, 617; danger des embolies graisseuses dans certaines résections du — XXIV, 604. — R. B., XXIV, 776. *Voy.* articulation.
Géographie médicale. Eléments de pathologie exotique, XXIII, 481; matière médicale exotique, XXIII, 481; la peste, XXIII, 481; des fièvres paludéennes, XXIII, 481; — des épidémies de fièvre jaune XXIII, 481; température locale dans la diarrhée de Cochinchine, XXIII, 481; le Béribéri, XXIII, 481, 766; maladie de Ballingall, pied de Maduré; XXIII, 481; de l'ainhum, XXIII, 482; insecte diptère nuisible de Terre-Neuve, XXIII, 482; la colonisation de la Guyane par la transportation, XXIII, 488; colonisation européenne dans les pays chauds, XXIII, 488; topographie de l'île d'Ouessant, XXIII, 488; topographie de Nossi-Bé, XXIII, 488; l'île Saint-Martin, XXIII, 488; les nouvelles Hébrides, XXIII, 488; campagne du Kergullen dans les mers de Chine et du Japon, XXIII, 488; rapport sur la campagne du Chasseur, XXIII, 488; Chili et Pérou, XXIII, 488; le sanatorium de Kita, XXIII, 488; le suicide en Suisse, XXIV, 286; la prostitution et la syphilis au Japon, XXIII, 488; poissons toxiques du Japon, XXIV, 88. — R. B., XXIII, 375, 778; XXIV, 776.
Glace. Hydrargyrisme causé par un tain défectueux, XXIII, 459.
Glandes. Changements morphologiques des — de la langue à la suite d'excitation des nerfs glandulaires, XXIII, 430. — R. B., XXIII, 375.
Glaucome. Anatomie pathologique de la cornée dans le — XXIII, 351; traitement du — XXIII, 352; de l'élongation du nerf nasal externe contre le — XXIV, 686; sclérodotomie et iridectomie dans le — XXIV, 687; malaxation de l'œil après la sclérotomie dans le — XXIII, 352. — R. B., XXIII, 375, 778; XXIV, 374, 776.
Gliome. — du pont de Varole, XXIV, 536.
Globuline. Evaluation de la — dans les épanchements ascitiques, XXIII, 52; néphrite aiguë où l'unique corps albuminoïde de l'urine était la — XXIV, 506.
Glossite. — exfoliatrice, XXIV, 549, 550.
Glossophytie. Obs. de — XXIII, 648.
Glycérine. De l'usage interne de la — XXIII, 121.
Glycéroborate. — de sodium et de calcium comme antiseptique pour pansement, XXIII, 271; boroglycéride dans le traitement des maladies des yeux et des oreilles, XXIII, 271.
Glycose. R. B., XXIV, 776.
Goitre. Structure et développement du — — XXIV, 652; étiologie du — XXIV, 733; du — retro-œsophagien, XXIV, 656; la mort dans le — par paralysie des cordes vocales, XXIV, 654; spasme de la glotte dans le — XXIV, 654; traitement du — XXIV, 655; extirpation de — XXIII, 701, 702, 704; traitement des sténoses par compression de la trachée après l'extirpation du — XXIII, 703. *Voy.* thyroïde.
Goitre exophtalmique. Symptômes et diagnostic du — XXIII, 529; formes frustes du — XXIII, 529; quelques troubles

dépendant du système nerveux central observés chez les malades atteints de — XXIII, 529; — et paralysie agitante, XXIII, 529.
Gomme. De la — animale, XXIV, 45; — de la verge, XXIII, 655. *Voy.* Syphilis.
Goutte. Nature et traitement de la — XXIV, 509; néphrite — XXIV, 509; amyotrophie d'origine — simulant l'atrophie musculaire progressive, XXIV, 168. — R. B., XXIII, 375.
Graisse. Contenu des organes en — dans divers états pathologiques, XXIV, 59; moyen de distinguer l'infiltration de la dégénérescence — XXIV, 59; cristaux de — dans les selles dans le cancer du pancréas, XXIII, 567; modifications de la température par les onctions — XXIII, 468.
Granulome. Du — XXIV, 63; — de la peau, XXIII, 636.
Graphique. — des phénomènes tendineux, XXIV, 181.
Greffe. — nerveuse, XXIV, 305; de la — conjonctivale, XXIV, 357; de la — des os, XXIII, 64; de la — cancéreuse, XXIV, 60. — R. B., XXIII, 378.
Grenouillette. Anatomie pathologique de la — sublinguale, XXIV, 71.
Grippe. R. B., XXIV, 776.
Grossesse. Influence de la température des femelles en gestation sur la marche de la — XXIV, 39; durée de la — XXIII, 599; du siège des bruits cardiaques et des mouvements fœtaux, XXIV, 243; des vomissements incoercibles de la — XXIV, 518; — gémellaire, mort d'un fœtus, accouchement à terme de l'autre, XXIII, 215; épanchement sanguin entre les membranes des deux œufs dans un cas de — gémellaire, XXIV, 513; caduque expulsée pendant la — sans avortement, XXIV, 242; vaccination pendant la — XXIII, 604; néphrite de la — XXIII, 602; relations de la fièvre typhoïde avec la — XXIII, 150; de l'arthrite survenue dans le cours de la — XXIV, 245; du traitement thermal pendant la — XXIII, 465; indications et contre-indications des eaux minérales pendant la — XXIII, 465; empoisonnement par l'oxyde de carbone dans le cours de la — XXIV, 456; morphinisme et — XXIV, 440; rétroversion de l'utérus — XXIII, 206; plaie de l'utérus — avec issue du fœtus dans l'abdomen, XXIII, 619; des ruptures de l'utérus pendant la — XXIII, 212; ovariotomie pendant la — XXIII 581; influence des fistules urinaires sur la — XXIV, 230; — compliquée de cancer utérin, XXIV, 514, 520, 521. — R. B., XXIII, 375, 778; XXIV, 374, 776.
Grossesse extra-utérine. Obs. de — XXIII, 216; diagnostic de la — avancée après la mort du fœtus, XXIII, 216; terminaisons de la — XXIII, 216; terminaison de la — par formation de lithopédion, XXIII, 216, 618; rupture de la vessie pendant une — XXIII, 618; ablation tardive du sac fœtal d'une — un an et demi après l'extraction d'un fœtus de 8 mois, XXIII, 216; intervention dans la — XXIII, 216; laparatomie pour la — XXIII, 216, 617, 618; XXIV, 211.
Gymnastique. Traité de — médicale, XXIV, 98.
Gynécologie. R. B., XXIII, 375, 778.

H

Hallucinations. Pathogénie des — XXIII, 245; des — bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté, XXIV, 257.
Hamamelis. Propriétés de l' — virginica, XXIV, 464.
Hanche. Ostéotomie sous-trochantérienne pour une luxation invétérée de la — XXIV, 585; ostéotomie sous-trochantérienne pour une ankylose de la — XXIV, 617. *Voy.* articulation.
Helminthes. Paraplégie causée par des lombrics, XXIV, 539; iodoforme comme anti — XXIV, 109. — R. B., XXIV, 374, 777.
Hématine. Des sels d' — XXIV, 55.
Hématoblastes. *Voy.* sang.
Hématocèle. — sous péritonéale consécutive aux déchirures du col utérin, XXIV, 526.
Hématome. Hystérotomie pour un — dans un utérus bicorne, XXIII, 581; — entre les membranes des deux œufs dans une grossesse gémellaire, XXIV, 513; mort du fœtus par — du cordon, XXIV, 515; — R. B., XXIII, 376.
Hématurie. — maléariale, XXIV, 486.
Héméralopie. Mode de transmission de l' — héréditaire, XXIII, 723.
Hémianopie. *Voy.* cerveau, œil.
Hémiopie. *Voy.* cerveau, œil.
Hémiplégie. Du rapport entre les spasmes post — et les affections des couches optiques, XXIV, 120; des tremblements præ et post — XXIV, 109; rigidité paraplégique dans l' — XXIV, 110; de l'excitabilité réflexe et des réflexes tendineux du côté parétique dans l' — cérébrale, XXIV, 109; — passagère chez l'enfant, XXIII, 631; — dans le cours d'une rougeole, XXIV, 539; — dans la convalescence de la fièvre typhoïde, XXIII, 150. *Voy.* paralysie.
Hémoglobine. Sur la méta — XXIII, 48; influence de la paraldéhyde sur l'oxygénation de l' — XXIV, 462; estimation de l' — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 140.
Hémoglobinurie. R. B., XXIV, 777.
Hémorragie. — consécutive à l'extraction de la cataracte, XXIV, 679, 682, 683; — de la trachée simulant une — pulmonaire, XXIV, 707; paralysie du larynx, suite d' — cérébrale, XXIV, 705; abaissement de la température à la suite d'une — bulbaire, XXIV, 140; — cérébrale chez un enfant de 15 ans, XXIV, 110; — cérébrale dans le cours d'une fièvre typhoïde, XXIII, 149; des pleurésies — XXIV, 202; hématémèse dans les hypertrophies chroniques de

la rate, XXIII, 164 — produite par un lavage de l'estomac, XXIII, 164; albuminurie, suite d' — XXIV, 470; néphrite — XXIV 496; — sous-périostique chez un rachitique, XXIV, 545; du chloroforme comme cause des— puerpérales, XXIII, 601; — latente du placenta pendant l'accouchement, XXIV, 514; traitement des — de la délivrance dans les cas de placenta prœvia, XXIII, 214; des injections d'eau chaude ou froide dans les — de la délivrance, XXIV, 522; lupus — des organes génitaux, XXIV, 558; de la joubarbe contre les — utérines, XXIII, 597; transfusion du sang à la suite d' — intestinales dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149. — R. B., XXIII, 376, 778; XXIV, 374, 777.

Hémostase. De l' — des plaies artérielles, XXIII, 706; amputation du sein par des procédés — XXIII, 294.

Hémorroïdes. R. B., XXIII, 376; XXIV, 374, 777.

Hérédité. De l' — dans la paralysie générale, XXIV, 266; — de la tuberculose, XXIII, 557; mode de transmission de l'héméralopie — XXIII, 723.

Hernie. — et pseudo — musculaires, XXIII, 715; variétés rares de la — inguinale, XXIII, 303; la — péritonéo-vaginale étranglée, XXIII, 303; de l'étranglement dans la — inguinale congénitale, XXIII, 303; la — propéritonéale, XXIII, 303; obs. de — rétro péritonéale, XXIII, 303; pincement latéral de l'intestin dans une — crurale étranglée, XXIII, 312; — anomale de l'aine, XXIII, 303; de la — obturatrice, XXIII, 312; — obturatrice étranglée, XXIII, 312; faradisation dans la — étranglée, XXIII, 317; affusions d'éther dans l'étranglement — XXIII, 317; injections de morphine dans la — étranglée, XXIII, 317; du taxis prolongé dans le traitement des — XXIII, 317; résultats de la kélotomie depuis l'emploi des antiseptiques, XXIII, 316; laparotomie dans les — XXIII, 321; résection et suture de l'intestin dans les — étranglées gangrénées, XXIII, 320, 321; cure radicale des — XXIII, 337; cure radicale de la — ombilicale, XXIII, 337; cure radicale des — congénitales; XXIII, 337; cure radicale pour épiplocèle irréductible, XXIII, 337; résultats définitifs des opérations de cure radicale des — XXIII, 337; R. B., XXIII, 376, 779; XXIV, 374, 777.

Herpès. Epidémie d' — à Bâle, XXIV, 553; pathologie et anatomie pathologique de l' — zoster, XXIV, 553; — impétigineux, XXIV, 553; épidémie d' — tonsurant par le pansage de chevaux teigneux, XXIV, 552; traitement de l' — tonsurant, XXIV, 552. — R. B., XXIII, 376, 779; XXIV, 375, 777.

Hetérotaxie. — produite artificiellement chez des embryons de poulet, XXIV, 68.

Histologie. — technique pour les préparations du cerveau et de la moelle, XXIV, 409; coloration des coupes du cerveau, XXIV, 14; coloration du système nerveux central, XXIV, 15; méthode de décoloration du pigment de l'œil, XXIII, 417; méthodes de recherche du bacille de la tuberculose, XXIII, 532; décalcification du rocher, XXIII, 416; R. B., XXIII, 376; XXIV, 375, 778.

Hôpitaux. Les statistiques des maternités au point de vue de la morbidité, XXIII, 208. — R. B., XXIII, 377, 779; XXIV, 375, 778.

Hoquet. R. B., XXIV, 778.

Hybrides. Formation des — chez les batraciens, XXIII, 35

Hydarthrose. De la ponction et de l'incision dans l' — chronique, XXIV, 637. *Voy.* articulation.

Hydatides. Des propriétés septiques du liquide des kystes— XXIII, 68; — arachnoïdiennes chez un hydrocéphale, XXIV, 110; — de la base du crâne et du cerveau, XXIV, 121; — du cœur, XXIII, 497; kyste — de la prostate, XXIV, 343. — R. B., XXIII, 377, 779; XXIV, 375, 778

Hydrargyrisme. *Voy.* mercure.

Hydrocéphalie. Hydatides arachnoïdiennes dans le cours d'une — chronique, XXIV, 110.

Hydronéphrose. — suppurée d'un rein mobile traitée par établissement d'une fistule du bassinet, XXIV, 306; traitement de l' — du rein flottant, XXIV, 307, 308. *Voy.* rein.

Hydrothérapie. — dans les maladies de la peau, XXIV, 569. *Voy.* bain, eaux.

Hygiène. — de la vue, XXIII, 717; les enfants qui fument, XXIV, 442; accidents causés par le tabac, XXIV, 442; — des casernes, XXIV, 733, 735; — des armées en campagne, XXIII, 755; R. B., XXIII, 377, 779; XXIV, 375, 778.

Hyoscine. Iodhydrate d' — comme mydriatique, XXIII, 733. *Voy.* jusquiame.

Hyperhydrose. *Voy.* sueur.

Hypnotisme. Etude de l' — XXIII, 172, 181; effets de — chez les animaux, XXIII, 181; phénomènes nervo-musculaires de l' — XXIV, 40; hyperexcitabilité musculaire en dehors de l'état — XXIII, 420; le tannate de cannabine comme agent — XXIII, 478. *Voy.* hystérie.

Hystérie. Recherches cliniques sur l' — XXIII, 244; de l' — épilepsie, XXIII, 172; étude de l' — chez l'homme, XXIII, 172; la douleur ovarienne des — a pour siège l'ovaire, XXIII, 172; des manifestations — simulant le rhumatisme cérébral, XXIII, 243; mouvements de la pupille et propriétés du prisme dans les hallucinations provoquées des — XXIII, 172; de la torpeur et du transfert dans l' — XXIII, 172; hypnose et catalepsie chez une — XXIII. 172; aphonie spasmodique — XXIII, 740; paraplégie — sans anesthésie, XXIII, 172; de la pseudo-fièvre — XXIII, 172; angine de poitrine — XXIII, 172; l' — fruste et la congestion pulmonaire — XXIII, 172; — gastrique, XXIII, 172; des craquements articulaires chez l' — XXIII, 172; de la mort subite pendant la crise — XXIII, 188; traitement de l' — XXIII, 114; — guérie par l'extirpation des

ovaires, XXIII, 581. — R. B., XXIII, 377, 780; XXIV, 376, 778.
Hystérotomie. — par le vagin, XXIV, 220; traitement du pédicule dans l' — XXIII, 615; du drainage dans l' — XXIV, 220; de la colpo — XXIV, 220, 226; obs. XXIV, 211, 220; — pour un hématome dans un utérus bicorne, XXIII, 581; — pour fibromes utérins, XXIII, 588; — pour le cancer de l'utérus, XXIII, 588; XXIV, 220. *Voy.* laparotomie, utérus.

I

Ictère. Trois ordres de phénomènes cardiaques dans l' — XXIII, 511. — des nouveau-nés, XXIII, 627. *Voy.* foie.
Idiotie. Recherches cliniques sur l' — XXIII, 244; influence de la syphilis héréditaire sur le développement de l' — XXIV, 573; — R. B., XXIV, 779.
Incontinence d'urine. *Voy.* urine.
Infanticide. — ou mort naturelle, XXIV, 277; rapports médico-légaux sur des cas d' — XXIV, 277; — par asphyxie ou par hémorragie, XXIV, 277; rapport sur une question d' — XXIV, 282; mort naturelle avec lésions faites par des fourmis sur le cadavre, XXIV, 284. *Voy.* médecine légale.
Inflammation. Rôle des lymphatiques dans l' — chronique, XXIV, 57.
Inhalation. Des — de nitrite d'amyle, XXIV, 103; — d'oxygène dans les brûlures étendues, XXIV, 109; traitement de la tuberculose pulmonaire par les — d'iodoforme, XXIII, 469, 470; traitement de la tuberculose pulmonaire par les — d'acide carbonique, XXIII, 469; inoculation de la tuberculose par — XXIII, 548, 549; — R. B., XXIV, 779.
Inhibition. Des phénomènes d' — XXIII, 18; faits montrant que toutes les parties de l'encéphale peuvent déterminer certaines — XXIV, 434. *Voy.* cerveau.
Injection. Manuel des — sous-cutanées, XXIII, 461; — sous-cutanées de fer, XXIII, 462; — sous-cutanées d'ergotinine, XXIV, 90; effets des — d'acide perosmique, XXIV, 86; — de morphine dans l'étranglement herniaire, XXIII, 317; traitement de la pustule maligne par les — iodées, XXIII, 716; lichen ruber guéri par les — d'arsenic, XXIII, 646; des — d'arsenic dans le sarcome cutané, XXIV, 107; — d'iodoforme dans la syphilis tertiaire, XXIV, 578; kyste de l'ovaire guéri par une — de vin, XXIII, 581; — intraveineuses de lait et de sang. XXIII, 461; — intraveineuses de quinine, XXIII, 464; des — vaginales avec l'eau très chaude, XXIV, 236; des — d'eau chaude dans les hémorragies de la délivrance, XXIV, 522; — intra-utérines dans la fièvre puerpérale, XXIV, 531; — R. B., XXIII, 378, 780; XXIV, 376, 779.
Insecte. — diptère nuisible de Terre-neuve XXIII, 482.
Insolation. R. B., XXIV, 376.
Intestin. Anatomie de l' — chez l'enfant, XXIII, 15; épithelium fenêtré des follicules clos de l' — et ses stomates temporaires, XXIII, 413; physiologie de l' — XXIV, 30; absorption dans les différentes parties de l' — grêle, XXIV, 30; caractère du suc — de la chèvre, XXIV, 32; du rôle de la bile dans la digestion — XXIV, 31; de l'absorption — XXIV, 419; de l'origine — de certains alcaloïdes, XXIV, 57; nécroses expérimentales de la muqueuse — XXIV, 433; du pigment jaune contenu dans l' — dans les cas d'empoisonnement arsenical, XXIV, 97; affection du plexus sympathique de l' — XXIV, 69; paraplégie d'origine — XXIV, 508; infection de la muqueuse — par la déglutition des crachats tuberculeux, XXIII, 546; de la tuberculose — XXIV, 540; microorganismes — dans le choléra infantile, XXIII, 630; symptômes prémonitoires — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149; transfusion du sang à la suite d'hémorragies — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149; massage de l' — XXIV, 238; insufflation artificielle dans le gros — dans un but diagnostique ou thérapeutique, XXIII, 70; pincement latéral de l' — dans une hernie crurale étranglée, XXIII, 312; atrésie congénitale de l' — grêle, XXIII, 687; occlusion — par kyste de l' — XXIII, 687; de l'invagination — par les tumeurs et le lipome de l' — XXIII, 687; invagination de l'iléon, élimination du cylindre invaginé, XXIII, 687; autopsie d'une invagination chronique de l' — XXIII, 687; colotomie lombaire pour rétrécisement — par rétraction du mésentère, XXIII, 687; corps étrangers de l'appendice cæcal stimulant l'occlusion — XXIII, 695; myome télangectiasique du duodénum, XXIV, 59; des fistules — utérines, XXIII, 321; laparotomie dans l'occlusion — XXIII, 687; rupture de l'appendice iléo-cæcal s'accompagnant de signes d'occlusion et nécessitant l'anus artificiel, XXIII, 695; laparotomie pour le cancer — XXIII, 697; résection d'un cancer de l'appendice vermiculaire, XXIII, 695; résection de l' — XXIII, 320, 321, 673, 684, 697; résection de 21 centimètres d' — XXIII, 321; résection et suture de l' — dans la cure des hernies étranglées gangrénées et de l'anus contre nature, XXIII, 320; indication de l'entérectomie circulaire et de l'enterorraphie, XXIII, 321; recherches sur la suture de l' — XXIII, 698; rupture de l' — XXIII, 684; ovariotomie compliquée de rupture de l' — XXIII, 581; rupture de l' — laparotomie et suture, XXIII, 684. — R. B., XXIII, 378, 780; XXIV, 376, 779. *Voy.* hernie.
Invagination. *Voy.* occlusion.
Inversion. Traité de l' — utérine, XXIII, 574; — utérine, XXIV, 234.
Iode. Recherche de l' — dans l'urine, XXIII, 449; XXIV, 46; mode d'élimination de l' — après l'application d'iodoforme XXIII, 449; traitement de la pustule maligne par les injections — XXIII, 716

empoisonnement par l' — XXIII, 454.
Iodoforme. Action de l' — XXIV, 85; transformation de l' — dans l'organisme, XXIV, 56; mode d'élimination de l'iode après l'application d'— XXIII, 449; influence de l' — sur la formation des cellules géantes, XXIV, 62; de l' — comme anthelmintique, XXIV, 109; infiltration jaune diffuse de la conjonctive guérie par l'— XXIII, 729; de l'— comme médicament oculaire, XXIV, 692; de l'emploi de l' — en oculistique, XXIII, 359; traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d' — XXIII, 469, 470; injections d'— dans la syphilis tertiaire, XXIV, 578; valeur de l' — dans la syphilis, XXIV, 579; emploi des crayons d' — pour le traitement intra-utérin pendant les suites de couches, XXIV, 253; emploi de l' — chez les accouchées, XXIII, 211; de l'empoisonnement par l' — XXIII, 449.
Iodure. Traitement de la fièvre typhoïde par l' — de potassium, XXIII, 102.
Iridectomie. — dans le glaucome, XXIV, 687; — pour la cure du staphylome cornéen, XXIV, 667.
Iridotomie. De l' — XXIV, 680.
Iris. Origine des nerfs dilatateurs de la pupille, XXIV, 411; étude des vaisseaux de l' — XXIV, 678; physiologie de l' — XXIII, 722; du temps de la dilatation réflexe de la pupille dans la paralysie générale et autres maladies des centres nerveux, XXIII, 248; tuberculose de l' — XXIV, 679; sarcome de l' — XXIV, 676. — R.B., XXIII, 378, 780; XXIV, 376.
Iritis. De l' — diabétique, XXIII, 350.

J

Jaborandi. Effets sudorifiques de la pilocarpine, XXIII, 477; du — dans quelques affections cardiaques, XXIII, 477.
Jequirity. Bacilles du — XXIV, 84; l'ophtalmie — XXIII, 732; traitement de la conjonctivite granuleuse par le — XXIII, 732; emploi du — dans l'ophtalmie granuleuse, XXIII, 360.
Joubarbe. De la — contre les métrorragies, XXIII, 597.
Joue. Boule graisseuse dans la — des nourrissons, XXIV, 534.
Jumeaux. Accouchement de 3 et 4 — XXIV, 514; grossesse — mort d'un des fœtus, accouchement à terme de l'autre, XXIII, 215.
Jusquiame. De l'hyoscine contre les sueurs des phtisiques, XXIII, 471.

K

Kairine. Action de la — XXIII, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 476; XXIV, 100, 463, 464; emploi de la — en thérapeutique, XXIII, 78, 79, 80, 81, 82, 83; de la — dans la fièvre typhoïde, XXIV, 100; de la — dans la fièvre récurrente, XXIII, 475. *Voy.* pharmacologie.
Kairoline. Action et emploi de la — XXIII, 83.
Katatonie. Notes sur la — XXIV, 258.
Kélotomie. *Voy.* hernie.
Kératite. Rapports entre la — et l'astigmatisme, XXIV, 355; — neuro-paralytique, XXIV, 140; encéphalite interstitielle avec — ulcéreuse, XXIV, 109; de la — diabétique, XXIII, 350; de la — interstitielle dans la syphilis héréditaire et acquise, XXIII, 350; XXIV, 355; de l'inoculation purulente dans le traitement des — granuleuses, XXIII, 348, 360. *Voy.* cornée.
Kyste. — dermoïde huileux de la queue du sourcil, XXIV, 70; — de la conjonctive, XXIV, 675; — dermoïde cornéo-sclérotical, XXIII, 724; — du larynx, XXIV, 703; — du ligament ary épiglottique, XXIII, 744; — du rein, XXIV, 307, 546; dégénérescence — du rein, XXIV, 503; occlusion intestinale par — de l'intestin, XXIII, 687; — dermoïdes du sacrum, XXIII, 633; dégénérescence maligne d'un — de l ovaire, XXIV, 211; — dermoïdes de l'ovaire, XXIII, 588; séparation et transplantation des — ovariques, XXIII, 580; torsion du pédicule dans les — de l'ovaire, XXIII, 580; — de l'ovaire guéri par une injection de vin, XXIII, 581; perforation de la vessie par un — de l'ovaire, XXIII, 581. — R. B., XXIII, 378, 780; XXIV, 376, 779.

L

Lacrymales (voies). Du streptothrix dans le conduit — inférieur, XXIV, 665; de l'évidement par grattage des rétrécissements du canal nasal pour la guérison de la dacryocystite chronique, XXIII, 349. — R. B., XXIII, 378, 780; XXIV, 377.
Lait. Substances azotées du — XXIV, 57; présence de la cholestérine dans le — XXIV, 57; origine du sucre de — XXIV, 419; sur la digestion du — de vache et les moyens d'accroître sa digestibilité, XXIII, 42; sécrétion — chez les nouveau-nés, XXIV, 534; injections intraveineuses de — XXIII, 461; — utérin, XXIV, 512; démonstration du — utérin dans l'espèce humaine, XXIII, 604. — R. B., XXIII, 378, 781; XXIV, 377, 779.
Langue. Influence des nerfs sur les glandes de la langue, XXIII, 430; la desquamation épithéliale de la — XXIV, 549, 550; glossite exfoliatrice, XXIV, 550; nature du psoriasis, — XXIV, 551; obs. de glossophylie, XXIII, 648; obs. de glossoplégie, XXIV, 140; névralgie du nerf — XXIV, 190; paralysie — laryngée, XXIV, 140; anatomie pathologique de la grenouillette sub — XXIV, 71; gommes de la — dans la syphilis héréditaire, XXIII,

238. — R. B., XXIII, 378, 781 ; XXIV, 377, 779.
Laparatomie. Obs. de — XXIII, 581 ; — pour l'extirpation du rein, XXIV, 307;— pour une plaie de l'estomac, XXIII, 684 ; — pour une tumeur du mésentère, XXIV, 211 ; hernio — XXIII, 321; — pour étranglement interne, XXIII, 303, 687 ; — pour une rupture de l'intestin, XXIII, 684 ; — pour un cancer de l'intestin, XXIII, 697 ; — pour une grossesse abdominale, XXIV, 211; — pour la grossesse extra-utérine, XXIII, 216, 617, 618. — R. B., XXIII, 379; XXIV, 377, 780. *Voy*. hystérotomie, occlusion intestinale.
Laryngite. — sèche, XXIV, 704 ; mort par — striduleuse, XXIII, 740 ; — syphilitique, XXIII, 742.
Laryngotomie. De la — inter-crico-thyroïdienne, XXIV, 714.
Larynx. Anatomie du — XXIV, 405; régénération de l'épithélium des cordes vocales, XXIV, 405; anatomie des nerfs du — XXIII, 5 ; action des cordes vocales, XXIV, 704 ; fonctions du muscle thyro-cricoïdien, XXIII, 428 ; de la tension des cordes vocales, XXIII, 428; impotence vocale partielle chez les chanteurs, XXIII, 739 ; névrose du — XXIV, 705 ; spasme de la glotte pendant la phonation, XXIII, 740; aphonie réflexe a stomacho læso, XXIII, 740 ; paralysie labio-glosso — XXIV, 141 ; paralysies du — XXIV, 703 ; paralysie des abducteurs du — suite d'hémorragie cérébrale, XXIV, 705 ; étiologie des paralysies — XXIII, 741 ; œdème aigu du — XXIV, 703 ; cartilage aryténoïde ossifié rejeté après une thyrotomie pour un papillome — XXIII, 743 ; atrophie des muscles du — XXIII, 5 ; lésions — de la syphilis congénitale, XXIV, 576; la mort dans le goitre par paralysie du — XXIV, 654 ; spasme de la glotte dans le goitre, XXIV, 654 ; rétrécissement chronique du — XXIII, 744 ; rétrécissement du — dans le rhinosclérome, XXIII, 744 ; fracture du — XXIII, 746 ; bride membraneuse du — consécutive à la diphtérie, XXIII, 743 ; pont membraneux unissant les cordes vocales, XXIV, 710 ; papillome — XXIII, 744 ; fibrome du — XXIII, 746 ; XXIV, 708 ; angiome du — XXIV, 709 ; kyste du ligament ary-épiglottique, XXIII, 744 ; kystes du — XXIV, 703; tumeurs tuberculeuses du — XXIV, 703; formes cliniques de la tuberculose du — XXIV, 707 ; traitement de la tuberculose du— XXIV, 708 ; cancer du — XXIV, 708 ; accumulation de champignons dans le — XXIV, 712 ; corps étrangers du — XXIV, 710, 713 ; traitement des fistules du — XXIII, 742 ; emploi de l'acide chromique dans les maladies du — XXIV, 699, 713. — R. B., XXIII, 379, 781 ; XXIV, 377, 780. *Voy*. aphonie, phonation, voix.
Laudanum, *Voy*. opium.
Lavement. — phéniqués dans la fièvre typhoïde, XXIII, 102 ; pneumonie traitée par les — froids, XXIII, 466. — R. B., XXIII, 379.
Lécithine. Synthèse de la — XXIII, 47.
Lèpre. La — en Syrie, XXIII, 635; transmission de la — aux animaux, XXIII, 635 ; obs. de — XXIII, 636. — R. B., XXIII, 379, 781.
Leucémie.—splénique chez deux jumelles, XXIII, 630.
Leucocytes. *Voy*. sang.
Lèvres. Circulation bucco — XXIII, 26 ; structure du bord libre de la — aux différents âges, XXIII, 412 ; de la restauration de la — inférieure, XXIII, 708.
Lichen — ruber guéri par les injections d'arsenic, XXIII, 646. — R. B., XXIII, 379.
Ligature. — de la carotide primitive pour une névralgie du trijumeau, XXIV, 296 ; — des plaies des veines, XXIII, 705.
Lipome. — du rein, XXIV, 503 ; de l'invagination intestinale provoquée par le — de l'intestin, XXIII, 687 ; — congénital de la région coccygienne, XXIII, 634. — R. B., XXIII 380 ; XXIV, 378.
Lithémie. Diagnostic et traitement de la — XXIV, 509.
Lithopédion. Terminaison de la grossesse extra-utérine par — XXIII, 216 ; obs. de — XXIII, 618.
Lithotritie. Modifications modernes de la — XXIV, 343 ; procédé d'évacuation rapide des fragments dans la — XXIV, 343. — R. B., XXIV, 780.
Lobelia. Emploi de la — XXIII, 118.
Localisation. *Voy*. cerveau.
Lochies. *Voy*. accouchement.
Locomotion. Mesure des forces dans les différents actes de la — XXIII, 421. — R. B., XXIII, 380; XXIV, 780.
Lordose. *Voy*. rachis.
Lumière. Physiologie du sens de la — XXIII, 58; ophtalmie et rétinites par la — solaire, XXIV, 669.
Lupus. Nature du — XXIV, 558; cancer développé sur un — XXIV, 557 ; rapports du — vorax avec l'épithélioma, XXIII, 642 ; du — de la conjonctive, XXIV, 676 ; déformations — des doigts, XXIV, 556 ; — hémorragique des organes génitaux, XXIV, 558 ; du — et de son traitement, XXIII, 640, 641, 642 ; traitement du — XXIV, 557; des scarifications et du raclage dans le — XXIII, 640, 641, 642. — R. B., XXIII, 380 ; XXIV, 378.
Luxation. — Des opérations sanglantes pour réduire les — invétérées, XXIV, 585 ; des sections sous-cutanées comme moyen de réduction des — anciennes du coude et de l'épaule, XXIV, 585 ; — des vertèbres cervicales, XXIV, 642 ; — de l'omoplate, XXIV, 585 ; résection de la tête humérale pour un cas de — se reproduisant à chaque accès d'épilepsie, XXIV, 585; — sous-coracoïdienne de l'humérus, XXIV, 585 ; résection de la tête du radius pour la — en avant, XXIV, 603 ; — du poignet droit XXIV, 585 ; — irréductible de l'index, XXIV,

586; ostéotomie sous-trochantérienne dans une — invétérée de la hanche, XXIV, 585; — traumatique du genou, XXIV, 586; — de l'astragale, XXIV, 586; — du métatarse, XXIV, 586. — R. B., XXIII, 380, 781; XXIII, 378, 780.
Lymphatique. Procédé pour observer les premières radicules du système — XXIII, 9; origine des — XXIII, 9; — des parois des vaisseaux sanguins et — XXIV, 4; — du périoste, XXIV, 5; rôle des — dans l'inflammation chronique, XXIV, 57; modifications des ganglions — après l'extirpation de la rate, XXIV, 79; lésions des organes — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 139; des altérations du système — dans la syphilis héréditaire, XXIII, 650; de la tuberculose — XXIV, 540. — R. B., XXIII, 380, 782; XXIV, 378, 781.
Lymphangiome — de la peau, XXIII, 639.

M

Main. Contracture professionnelle des fléchisseurs des doigts de la main chez une fleuriste, XXIII, 192; fibrome de l'aponévrose palmaire, XXIII, 716. — R. B., XXIII, 380, 782; XXIV, 379, 781.
Mal de Pott. — à symptômes obscurs, XXIV, 169; du corset de Sayre dans le — XXIV, 643.
Mal perforant. Lésions histologiques de l'onyxis développé au voisinage du — XXIV, 72; — dans ses rapports avec les affections du système nerveux, XXIV, 169. *Voy.* ulcère.
Maladies professionnelles. Contracture des fléchisseurs des doigs chez une fleuriste, XXIII, 192; troubles fonctionnels de la circulation chez des ouvrières des manufactures de tabac, XXIV, 443. — R. B., XXIII, 782; XXIV, 379, 781.
Malformation — du cerveau, XXIV, 65; cas de syringomyélie, XXIV, 637; — congénitales de la papille, XXIV, 690; anophtalmie unilatérale, XXIII, 724; lésions congénitale de l'œil dans une famille, XXIII, 724; coloboma congénital de la paupière, XXIII, 724; mélanose congénitale de la sclérotique, XXIII, 724; production artificielle de l'inversion viscérale chez des embryons de poulet, XXIV, 68; — de l'estomac, XXIII, 163; vices de conformation du bassin fœtal, XXIV, 71. — R. B., XXIII, 380, 782; XXIV, 379, 781.
Mamelles. Sécrétion laiteuse des — chez une femme mariée n'ayant jamais été en état de gestation, XXIV, 287; — surnuméraire, XXIII, 295; le tubercule de la — chez la femme et chez l'homme, XXIII, 295; récidive tardive des tumeurs de la — XXIII, 295; statistiques sur le cancer de la — XXIII, 294; de l'influence des opérations sur la prolongation de la vie et la guérison permanente dans le cancer de la — XXIII, 294; recherche des ganglions dans les tumeurs de la — XXIII, 295; traitement chirurgical du cancer de la — XXIII, 294, 300; amputation de la — par des procédés hémostatiques, XXIII, 294; extirpation des tumeurs de la — sans mutilation de l'organe, XXIII, 300. — R. B., XXXIII, 380, 782; XXIV, 379, 781.
Manganèse. Action du — XXIII, 87.
Manie. De la mégalo — XXIV, 261.
Manomètre. Perfectionnement du — inscripteur, XXIV, 42.
Marais. Fermentation du gaz des — XXIII, 50.
Massage. Traité du — XXIV, 98; du — de l'œil après la sclérotomie, XXIV, 687; du — dans les maladies de l'oreille, XXIV, 727; — de l'intestin, XXIV, 238; — de l'utérus, XXIV, 238. — R. B., XXIII, 381, 782; XXIV, 379.
Matière médicale. — exotique, XXIII, 481.
Maxillaire. Développement de l'os inter — XXIV, 5; ostéite syphilitique du — XXIV, 577; résection ostéoplastique du — supérieur pour la nevrotomie dans les névralgies de la face, XXIV, 302. — R. B., XXIII, 381, 782; XXIV, 379.
Médecine (histoire). R. R., XXIII, 381, 782; XXIV, 379, 781.
Médecine légale. Règles à adopter dans les expertises d'empoisonnements XXIV, 271; rapport — sur l'état mental de divers inculpés, XXIV, 272; somnambulisme spontané et provoqué, XXIV, 271; des vols aux étalages, XXIV, 271; sécrétion laiteuse des seins chez une femme mariée, n'ayant jamais éte en état de gestation, XXIV, 287; présence d'air dans les poumons d'enfants mort-nés, XXIV, 285; état fœtal des poumons chez les nouveau-nés ayant respiré, XXIV, 285; de la docimasie pulmonaire, XXIV, 285; alcool dans le cerveau après l'ivresse, XXIII, 47; des ruptures de l'utérus pendant la grossesse et de leurs rapports avec l'avortement criminel, XXIII, 212; recherche fructueuse du cyanure de potassium sur le cadavre quatre mois après la mort, XXIV, 452; mort naturelle avec lésions faites par des fourmis sur le cadavre, XXIV, 284; infanticide ou mort naturelle, XXIV, 277; infanticide par strangulation ou par blessures du crâne, XXIV, 277; rapports — sur divers cas d' — XXIV, 277, 282; nouveau-né ayant succombé à un genre de mort naturel lié au travail d'accouchement, XXIV, 277; infanticide par asphyxie ou par hémorragie, XXIV, 277. — R. B., XXIII, 381, 782; XXIV, 379, 781.
Médecine militaire. Mortalité dans les armées européennes, XXIII, 757; morbidité et mortalité de l'armée française, XXIV, 731; statistique médicale de l'armée anglaise, XXIV, 732; recrutement dans l'Isère, XXIV, 733; hygiène des armées en campagne, XXIII, 755; hygiène des casernements, XXIV, 733, 735; le plancher des casernes, XXIV, 735; la cuisine de Becker, XXIV, 739; emploi de la poudre-viande dans l'armée, XXIV,

738; la nature parasitaire de la tuberculose et de la pneumonie, XXIV, 736; épidémie de pneumonies et d'oreillons, XXIII, 764, 765; la courbature fébrile dans l'armée, XXIII, 766; la fièvre typhoïde dans l'armée française, XXIII, 122; la fièvre typhoïde aux colonies du Sud oranais, XXIV, 733; la fièvre typhoïde au corps d'occupation en Tunisie, XXIII. 762; étude du clou de Biskra et du bouton de Gafsa, XXIV, 561; épidémie de béribéri, XXIII, 766; adénite cervicale tuberculeuse des soldats, XXIV, 736; abcès provoqués par l'écorce de garou, XXIV, 735; manœuvres d'ambulance, XXIII, 761; instruction technique des brancardiers, XXIII, 762; le premier pansement sur le champ de bataille, XXIV, 737; du pansement antiseptique en campagne, XXIII, 758; plaies du cœur par armes à feu, XXIV, 737. — R. B., XXIII, 381, 783; XXIV, 781.

Médicament. Exanthème — XXIII, 648.

Mélanose. — de la conjonctive, XXIV, 676; — congénitale de la sclérotique, XXIII, 724. — R B., XXIV, 380.

Mélanurie. De la — XXIII, 52.

Membres. Circulation dérivative des — XXIII, 10; distribution des racines motrices dans les muscles des — XXIII, 404; atrophie du cerveau consécutive à l'amputation d'un — XXIV, 110; état de la moelle et du cerveau dans un cas d'absence congénitale de l'avant-bras, XXIV, 110; variétés d'ulcère syphilitique des jambes, XXIV, 578; du redressement des — par l'ostéotomie, XXIV, 617.

Méninge. Diagnostic et nature des tumeurs perforantes de la dure-mère, XXIV, 110; hydatides arachnoïdiennes chez un hydrocéphale, XXIV, 110; sarcome de la dure-mère, XXIV, 110; extirpation de tumeurs de la dure-mère, XXIII, 290; trépanation pour une rupture de l'artère — moyenne, XXIV, 119. — R. B., XXIII, 381, 783; XXIV, 380, 782.

Méningite. — cérébro-spinale, XXIV, 198; épidémie de — cérébro-spinale à Misterbianco, XXIV, 198; lésions du bulbe consécutives à la — chronique, XXIV, 140; péri — spinale aiguë, XXIV, 168; — tuberculeuse de l'adulte, XXIV, 198; —aiguë dans le délirium tremens, XXIII, 250.

Menstruation. De la muqueuse utérine pendant la — XXIV, 11; théorie de la — XXIV, 9; des rapports entre la — et l'ovulation, XXIII, 38; modifications de la pression sanguine pendant la — XXIV, 421; influence des fistules urinaires sur la — XXIV, 230; extirpation des ovaires pour des troubles — XXIII, 581, 588; XXIV, 211. — R. B., XXIII, 382, 783; XXIV, 380, 782.

Mercure. Absorption des sels — par voie digestive et leur action sur le sang. XXIII, 440; emploi du sublimé dans les maladies du nez et de la gorge, XXIV, 699; traitement de la diphtérie par le sublimé, XXIII, 473; XXIV, 468; effets caustiques du calomel déposé sur la conjonctive, XXIII, 348; de l'emploi du sublimé dans les maladies de l'oreille, XXIV, 726; traitement de la syphilis par le formiamide — XXIV, 579; injections de sublimé chez les accouchées, XXIV, 530; du sublimé comme désinfectant en obstétrique, XXIV, 531; du pansement au sublimé, XXIII, 271; paille de bois au sublimé, XXIII, 272; intoxication causée par l'explosion de vif-argent, XXIII, 459; deux cas d'hydrargyrisme occasionnés par un tain défectueux, XXIII, 459; empoisonnement par le turbith minéral, XXIII, 460; lésions de la moelle dans l'empoisonnement par le — XXIII, 460; lésions du pancréas dans l'empoisonnement par le sublimé, XXIII, 458.

Méthylène. Caractères physiologiques différentiels du chloroforme et du chlorure de — XXIV, 437.

Métrite. — chez les tuberculeuses, XXIV, 235.

Microbe. — de la pneumonie, XXIV, 736, 740; — de l'ophtalmie des nouveau-nés, XXIV, 672; — du clou de Biskra et de Gafsa, XXIV, 560; — de la syphilis, XXIV, 572; — de la blennorragie, XXIV, 580; — du phlegmon cutané, XXIV, 432; — de l'ostéomyélite, XXIV, 429, 430; — colonies de — dans les vaisseaux, dans les maladies septiques, XXIV, 421. *Voy.* bacille, bactérie, organismes inférieurs.

Migraine. — avec paralysie de la troisième paire, XXIII, 192; traitement des diverses formes de — XXIV, 409. — R. B.. XXIV, 380.

Moelle. Nombre des filets nerveux et des cellules motrices dans la — XXIII, 1; trajet des fibres dans les cordons postérieurs de la — XXIV, 3; vaisseaux sanguins de la — XXIII, 2; accroissement comparé de la — et du rachis, XXIII, 409; préparation des coupes histologiques de la — XXIV, 409; voies de conduction de la — XXIII, 403; de l'excitabilité de la — XXIII, 19; excitabilité directe du faisceau antérieur de la — XXIV, 19; sur la façon dont réagissent les centres vaso-moteurs de la — sous l'influence de courants appliqués sur le crâne, la colonne vertébrale et la peau, XXIV, 19; effets de l'hémisection de la — XXIV, 411; effets de l'alcool et de l'essence d'absinthe sur la — XXIV, 268; action de la morphine, du chloroforme, de la strychnine sur la — XXIV, 92; cas de syringomyélie, XXIV, 637; paralysies générales — à marche rapide et curables, XXIV, 168; periméningite spinale aiguë, XXIV, 168; de l'importance des réflexes tendineux dans l'étude de la simulation des maladies de la — XXIV, 181; ataxie et lésions cardiaques, XXIII, 507; lésions trophiques des valvules aortiques dans l'ataxie, XXIII, 507; la sclérose en plaques cérébro-spinales à forme de sclérose latérale amyotrophique, XXIV, 169; du tabes spasmodique, XXIV, 169; de la maladie de Thomsen, XXIII, 195; les troubles — chez les fous pellagreux, XXIV, 268; autopsie d'une paralysie — XXIV,

169; sur la forme temporaire de l'atrophie — des adultes, XXIV, 169; dégénérescence de la — après l'élongation des nerfs, XXIV, 168; de la dégénérescence secondaire de la — XXIV, 168, 169; état de la — dans le cas d'absence congénitale de l'avant-bras, XXIV, 110; altérations consécutives à la compression légère de la — XXIII, 63; altérations de la — dans l'ergotisme, XXIV, 66; des déterminations — du béribéri, XXIV, 169; examen de la — dans le béribéri, XXIII, 481; lésions de la — dans l'empoisonnement par l'arsenic, le plomb et le mercure, XXIII, 460; embolie de la — lombaire, XXIV 168; syphilis — XXIII, 232, 234; névromes multiples de la — XXIV, 169; tumeur du Pont de Varole, XXIV, 140; élongation des nerfs dans les maladies de la — XXIV, 291; — R. B., XXIII, 382, 783; XXIV, 380, 782.

Moelle des os. — Evidement de la — dans une amputation, XXIII, 708; modifications de la — après l'extirpation de la rate, XXIV, 79. *Voy.* os.

Molluscum. — de la peau, XXIV, 562.

Molybdène. Action du — XXIII, 87.

Monstre. R. B., XXIII, 382, 784; XXIV; 380, 783.

Morbidité. — de l'armée française, XXIV; 731; — de l'armée anglaise, XXIV, 732.

Morphine. Action de la — sur la moelle, XXIV, 92; injections de — dans les hernies étranglées, XXIII, 317; érythème — XXIII, 648.

Morphinisme. Du — chronique et son traitement, XXIV, 438, 440; — et grossesse, XXIV, 440; exanthèmes par le — XXIV, 440; traitement du — XXIV, 469.

Mort. Apparition d'un état cataleptiforme après la — XXIV, 41; — par laryngite striduleuse, XXIII, 740; — subite par fièvre typhoïde chez des enfants; XXIII, 149; de la — subite pendant la crise hystérique, XXIII, 188. — R. B., XXIII, 784.

Mortalité. — dans les armées européennes, XXIII, 757; de l'armée française, XXIV, 731; — de l'armée anglaise, XXIV, 732. — R. B., XXIII, 382.

Morve. Valeur séméiologique des bacilles de la — XXIV, 429. — R. B., XXIII, 382.

Mousse. Du pansement avec la — XXIII, 272.

Mouvement. Troubles de la coordination des — consécutifs à la dyssenterie, XXIV, 168.

Mucédinées. *Voy.* champignon.

Mucine. Etude de la — XXIV, 45.

Mucorinées. — pathogènes des mycoses, XXIV, 82.

Muguet. — primitif du pharynx dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149. *Voy.* convallaria.

Musc. Œdème malin à la suite d'injections de — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 102.

Muscarine. Action de la — sur le cœur, XXIV, 22.

Muscle. Structure de la fibre — striée, XXIII, 406; le — présternal, XXIV, 406; terminaison des fibres nerveuses dans les — de la torpille, XXIII, 406; nerfs des — XXIII, 404; fonctions des — intercostaux, XXIII, 422; variations de longueur et de tension des — XXIV, 29; anatomie et physiologie du — sterno cléido mastoïdien, XXIII, 407; fonctions du — thyro-cricoïdien, XXIII, 428; de l'élasticité — XXIII, 419; hyperexcitabilité musculaire en dehors de l'état hypnotique, XXIII, 420; réaction des — à l'électricité, XXIV, 207; formule des contractions — XXIII, 32; phénomènes microscopiques de la contraction des fibres striées, XXIII, 32; variations de l'élasticité des — pendant la contraction, XXIII, 33; courbe de secousse — des différentes maladies neuro — XXIII, 421; courbe de contraction des — à l'état normal et à l'état pathologique, XXIII, 66; de l'excitation électrique des — XXIII, 418, 419; sur le temps perdu de la contraction d'ouverture, XXIII, 420; modifications de la réaction du sang dans les contractions morbides des — XXIV, 82; modifications des — à la suite de la section des nerfs, XXIV, 78; réparation du tissu — lacéré, XXIII, 66; des atrophies — consécutives aux maladies articulaires, XXIV, 637; atrophie — avec lordose paralytique des lombes XXIV, 168; amyotrophies d'origine goutteuse simulant l'atrophie—progressive, XXIV, 168; atrophie — progressive héréditaire, XXIV, 169; atrophie — consécutive aux fractures de la rotule, XXIV, 596; état fonctionnel du triceps fémoral à la suite des fractures transversales de la rotule, XXIV, 596; altérations — se rattachant à la fièvre typhoïde, XXIII, 149; spasme fonctionnel du sterno-mastoïdien et du trapèze, XXIII, 115; de la maladie de Thomsen, XXIII, 196; hernie et pseudo hernie — XXIII, 715. — R. B., XXIII, 382, 784; XXIV, 380, 783.

Mycose. Mucorinées pathogènes des — XXIV, 82. — R. B., XXIII, 784; XXIV, 381, 783.

Mydriatique. Iodhydrate d'hyoscine comme — XXIII, 733.

Myélite — bulbaire, XXIV, 141; — centrale diffuse chronique, XXIV, 168; — aigue centrale au début de la syphilis, XXIV, 574.

Myome. Rhabdo — de la parotide, XXIV, 65; — télangiectiasique du duodenum, XXIV, 59. *Voy.* fibrome, utérus.

Myopie. Causes de la — XXIII, 345; de la — congénitale, XXIV, 663; — scolaire, XXIII, 346; du décollement de la rétine chez les — XXIV, 663. — R. B., XXIII, 382; XXIV, 783.

Myosite. Obs. de — ossifiante, XXIII, 712,

Myxœdème. Lésions anatomiques et nature du — XXIV, 69. — R. B., XXIII, 383, 784; XXIV, 381, 783.

N

Napelline. Action de la — dans un cas de névralgie faciale, XXIV, 103.
Naphtaline. Pansement à la — XXIII, 266; traitement des chancres par la — XXIV, 578.
Narcéine. Injections de — combinées aux inhalations de chloroforme, XXIV, 89.
Nécrose. De la résorption des séquestres, XXIII, 64; — du temporal, XXIV, 731; — expérimentales de la muqueuse intestinale, XXIV, 433. *Voy.* os.
Nègre. Anatomie du — XXIII, 416.
Néphrectomie. — dans un cas de rein unique, XXIV, 311; — pour un fibrome du rein, XXIV, 307; — pour le cancer ou le sarcome du rein, XXIV, 307; obs. de — XXIV, 306, 307. indications de la — XXIV, 306. *Voy.* rein.
Néphrites. Etude expérimentale des — XXIV, 485; troubles de la circulation et lésions du cœur dans les — XXIV, 486; de l'hypertrophie cardiaque dans les néphrites consécutives aux affections des voies excrétoires, XXIV, 497; du bruit de galop dans la — aiguë, XXIII, 496; des formes de — XXIV, 486; albuminurie des — XXIV, 471, 484; — aiguë où l'unique corps albuminoïde de l'urine était la globuline, XXIV, 506; — rhumatismale, XXIV, 486; — goutteuse, XXIV, 509; — gravidique et de l'accouchement, XXIII, 602; — hémorragique, XXIV, 496; pathogénie de la — bactérique ascendante, XXIV, 497; — infectieuse, XXIV, 486; — infectieuse consécutive à l'ostéo-périostite, XXIV, 486; — dans l'érysipèle, XXIV, 486; de la — scarlatineuse, XXIV, 486; — paludique, XXIV, 486; — par compression des uretères dans le cancer utérin, XXIV, 497; dangers de l'alimentation trop riche dans les — XXIV, 496. *Voy.* rein.
Néphrolithotomie. De — XXIV, 307.
Néphrorraphie. De la — XXIV, 306.
Nerfs. Structure de la névroglie XXIV, 402; d'un élément endothélial de la gaine primitive des — XXIV, 403; développement des tubes — chez les embryons, XXIV, 1; névrotisation du cartilage osseux dans la suture tubulaire des — XXIV, 2; accroissement en longueur des tubes — par la formation des segments intercalaires, XXIV, 1; nombre des filets — dans la moelle épinière, XXIII, 1; terminaison des — dans les muscles striés de la torpille, XXIII, 406; distribution des racines motrices dans les muscles des membres, XXIII, 404; terminaison des — dans la peau, XXIV, 2; des diverses catégories de — de la peau, XXIV, 412; — du cœur, XXIII, 24; terminaison des — du cœur, XXIII, 4; — du cœur, leur action, XXIV, 20; — des vaisseaux cutanés, XXIII, 33; — de la paupière, XXIII, 7; — des procès ciliaires, XXIII, 8; connexion des — optiques avec le cerveau, XXIII, 8; trajet des fibres optiques dans le — optique, XXIV, 158; origine des — dilatateurs de la pupille, XXIV, 411; — du larynx, XXIII, 5; sur l'innervation respiratoire, XXIII, 425, 427; — dépresseur et — vaso-moteurs, XXIII, 26; — vaso-dilatateurs de l'oreille, XXIII, 404; racines motrices du plexus brachial et du plexus lombo-sacré, XXIII, 404; de la réunion des — de fonction ou de destination différentes, XXIV, 18; l'excitation du — optique provoque-t-elle une sensation lumineuse, XXIV, 661; moyen d'isoler la sensibilité de la motilité des — XXIV, 412; de l'excitation électrique des — XXIII, 418; influence de l'intensité de l'excitant sur la vitesse de propagation de l'excitation motrice, XXIII, 418; réaction des — à l'électricité, XXIV, 207; activité pseudo-motrice des — XXIV, 16; phénomènes téléphoniques du cœur pendant l'excitation du pneumogastrique, XXIV, 26; effets de l'excitation des — glandulaires sur les glandes de la langue, XXIII, 430; recherches sur la sensibilité du grand hypoglosse, XXIV, 140; influence de la section des pneumogastriques sur l'exhalation de l'acide carbonique par les poumons, XXIII, 31; action du plomb sur le vague, XXIV, 87; modification des muscles à la suite de la section des — XXIV, 78; sur la régénération des — XXIV, 300; migraine avec paralysie de la 3e paire, XXIII, 192; névralgie du — lingual, XXIV, 190; névrite du — olfactif, XXIV, 120; paralysie unilatérale des — crâniens, XXIV, 140; paralysie du tronc du trijumeau, XXIV, 140; crampe de l'hypoglosse, XXIII, 192; état des — ciliaires dans l'ophtalmie sympathique, XXIV, 671; de l'atrophie du — optique survenue à suite de l'érysipèle de la face, XXIV, 685; des troubles fonctionnels du pneumogastrique, XXIV, 190; cardiopathies réflexes d'origine brachiale, XXIII, 516; névrose du pneumo-gastrique, XXIII, 182; état des — du cœur dans l'hypertrophie cardiaque, XXIII, 520; des lésions des — périphériques, XXIV, 298; des paralysies du — radial liées aux fractures de l'humérus, XXIV, 303; lésion du — médian par une saillie du cal dans une fracture de l'humérus, XXIV, 591; paralysies du plexus brachial, XXIV, 189; tétanos par corps étranger implanté sur le — median, XXIV, 303; du sarcome du — sciatique, XXIII, 286; névromes des — périphériques, XXIV, 169; arrachement du — sous-orbitaire, XXIII, 283; observation de greffe — XXIV, 305; de la suture immédiate et tardive des — XXIV, 298, 300; suture du radial six mois après la blessure, XXIV, 298; suture secondaire du cubital, XXIV, 300; névralgie du trijumeau guérie par la ligature de la carotide primitive et la névrotomie, XXIV, 296; résection d'une portion du spinal pour un torticolis, XXIV, 295; extirpation du ganglion de Meckel pour une

névralgie du trijumeau, XXIV, 296 ; observation de resection du — dentaire inférieur, XXIV, 302 ; statistique des cas d'élongation des — XXIII, 282 ; étude physiologique de l'élongation des — XXIII, 63; influence de l'élongation d'un — sur sa conductibilité et son irritabilité, XXIV, 434; dégénérescence grise de la moelle après l'élongation des — XXIV, 168 ; élongation des — dans les névralgies, XXIV, 291 ; élongation du — — nasal externe contre les douleurs ciliaires et le glaucome, XXIV, 686 ; élongation du — dentaire inférieur pour névralgie, XXIII, 283 ; élongation du — maxillaire supérieur pour une névralgie, XXIII, 283 ; élongation du — radial, XXIV, 291 ; élongation du — sciatique poplité externe enserré dans un cal osseux, XXIV, 304 ; élongation du sciatique et du péronier pour une paralysie traumatique, XXIV, 291; élongation des sciatiques dans le tabes, XXIV, 291. — R. B., XXIII, 383, 784; XXIV, 381, 784.

Nerveux (système). Nombre des cellules motrices ganglionnaires dans la moelle, XXIII 1; premiers développements de la substance blanche et des fibres radiculaires des centres — XXIII, 403 ; structure des fibres et des cellules — chez l'écrévisse, XXIII, 3 ; procédé de coloration du — central, XXIV, 15; modifications des excitations dans le — central, XXIII, 18; du temps de la dilatation réflexe de la pupille dans les maladies des centres — XXIII, 248; influence du — sur la production des lésions vasculaires, XXIII, 64; des maladies — et de l'état du cœur, XXIII, 516 ; des réflexes tendineux dans les maladies — XXIII, 200; quelques troubles dépendant du — central chez des malades atteints de goître exophtalmique, XXIII, 529; des affections — consécutives aux maladies articulaires, XXIV, 637; du mal perforant dans ses rapports avec les affections du — XXIV, 169 ; des affections — de l'estomac, XXIII, 164 ; altérations du système — dans l'ergotisme, XXIV, 66; surdité — XXIV, 718; dermatite pemphigoïde avec lésions du — XXIV, 554; de la plique d'origine — XXIII, 647.

Neurasthénie. Traitement de la — XXIII, 114.

Névralgie. — du lingual, XXIV, 190; — syphilitiques, XXIII, 234; — suite d'intoxication par l'oxyde de carbone, XXIV, 456 ; action de la napelline dans la — faciale, XXIV, 103 ; résection du maxillaire supérieur pour la névrotomie dans les — de la face, XXIV, 302; extirpation du ganglion de Meckel pour une — du trijumeau, XXIV, 296; — du trijumeau guérie par la ligature de la carotide primitive et la névrotomie, XXIV, 296; traitement de la — sciatique, XXIV, 102; traitement des — par l'élongation des nerfs, XXIII, 283; XXIV, 291; conséquences de l'élongation et de la résection nerveuses dans les — du trijumeau, XXIV, 296. *Voy.* nerf.

Névrite. — rétrobulbaire. XXIV, 685; obs. de — XXIV, 190; — disséminée sur aiguë, XXIV, 190; — du nerf olfactif, XXIV, 120; — optique double dans un cas d'abcès du cerveau, XXIV, 158 ; — multiple, XXIV, 291.

Névroglie. *Voy.* nerf.

Névrome. Des — multiples, XXIV, 306; — de la moelle et des nerfs, XXIV, 169.

Névroses. — vaso-motrices, XXIII, 182; de l'atrémie des Américains, XXIII, 182; — du pneumogastrique, XXIII, 182; — laryngée, XXIV, 705; crampe de l'hypoglosse, XXIII, 192 ; un cas de tic de Salaam, XXIII, 192; — des organes génito-urinaires, XXIV, 343; — due à l'onanisme, XXIII, 244.

Névrotomie. — dans la névralgie du trijumeau, XXIV, 296; résection temporaire du maxillaire pour la — des nerfs profonds de la face, XXIV, 302 ; — dans l'ophtalmie sympathique, XXIV, 671; de la — optico-ciliaire, XXIV, 686.

Nez. Du passage des courants d'air dans les fosses — XXIII, 39 ; traité des maladies du — XXIV, 714; existence d'une zone sensitive réflexe dans le — XXIII, 734; de la toux — XXIII, 734; affection du — devenant cause d'asthme, XXIII, 734; rapports de l'asthme et des polypes du — XXIII, 734; XXIV, 693; ulcérations de la région ethmoïdale, XXIV, 699; diphtérie — XXIII, 736; modifications des excitations dans le — XXIII, 735 ; des tumeurs adénoïdes du pharynx — XXIV, 697; fibrome de l'éthmoïde, XXIV, 728 ; emploi du sublimé dans les maladies du — XXIV, 699 ; emploi de l'acide chromique dans les maladies du — XXIV, 699; de l'évidement par grattage des rétrécissements du canal — pour la guérison de la dacryocystite chronique, XXIII, 349. — R. B., XXIII, 384, 785 ; XXIV, 382, 784.

Nickel. Action des sels de — XXIII, 116.

Nicotine. *Voy.* tabac.

Nitrite. Transformation des — dans l'organisme, XXIV, 54 ; — de sodium dans le traitement de l'angine de poitrine, XXIV, 103.

Nouveau-nés. Rapports entre la longueur du pied et le poids du corps chez les — XXIV, 534 ; poids et température des — XXIV, 534 ; existence d'un coussinet de succion dans la joue des — XXIV, 534; du premier mouvement de respiration chez le — XXIII, 426 ; présence d'air dans les poumons d'enfants mort-nés, XXIV, 285; état fœtal des poumons chez des — ayant respiré, XXIV, 285; sécrétion lactée des — XXIV, 534; vaccination des — XXIII, 604; accès paludiques chez un — XXIV, 542; pneumonie septique des — XXIII, 624; ictère des — XXIII, 627; bains permanents pour les — XXIV, 548; tétanos des — XXIV, 547; traitement des fractures de cuisse, XXIII, 632; nature et prophylaxie de l'ophtalmie des — XXIV, 673; nature de l'ophtalmie des — XXIII, 725, 726, 727; microorganisme de l'ophtalmie des — XXIII, 729; XXIV, 673 ; traitement prophylactique de l'ophtalmie des — XXIII, 725,

726, 727; traitement de l'ophtalmie des — par l'acide phénique, XXIII, 349. — R. B., XXIII, 384; XXIV, 382, 784.
Nutrition. Rôle de l'alcool dans la — XXIV, 437; influence de l'anesthésie chloroformique de la mère sur la — de l'enfant, XXIV, 239; de la — de la cornée, XXIII, 719. — R. B., XXIII, 785; XXIV, 785.
Nystagmus. R. B., XXIII, 384.

O

Obstétrique. De l'anesthésie — XXIV, 239; du bromure d'éthyle comme anesthésique en — XXIV, 239; des méthodes antiseptiques en — XXIII, 210; emploi de la cuiller tranchante en — XXIII, 608 — R. B., XXIV, 785.
Occlusion intestinale. Autopsie d'une invagination chronique de l'intestin, XXIII, 687; invagination de l'iléon, élimination du cylindre invaginé, XXIII, 687; de l'invagination — par les tumeurs et le lipome de l'intestin, XXIII, 687; rupture de l'appendice ileo-cœcal s'accompagnant de signes d'—et nécessitant l'anus artificiel, XXIII, 695; corps étrangers de l'appendice cœcal simulant l'—XXIII, 695; — par diverticule, XXIII, 687; — par un abcès retro-péritonéal, XXIII, 687; — par kyste de l'intestin, XXIII, 687; des opérations qu'il convient d'appliquer à la cure de l' — XXIII, 687.— R. B., XXIII, 384, 785; XXIV, 382, 785. *Voy.* anus, hernie, laparatomie.
Œdème. Rôle des vaso-moteurs dans la production de l' — XXIII, 67; — aigu du larynx, XXIV, 703; de l' — aigu congestif du rein, XXIV, 486; — chancreux syphilitique des grandes et petites lèvres, XXIII, 655; — malin à la suite d'injections de musc dans la fièvre typhoïde, XXIII, 102.
Œil. Développement de l' — XXIV, 406; trajet des fibres optiques dans le nerf optique et la rétine, XXIV, 158; du siège du centre optique chez l'homme, XXIV, 686; connexion des nerfs optiques avec le cerveau, XXIII, 8; nerfs des procès ciliaires, XXIII, 8; rapports entre la longueur du crâne et la réfraction — XXIV, 352; — des sourds-muets, XXIV, 663; persistance de l'artère hyaloïdienne reconnue sur le vivant, XXIII, 731; méthode de décoloration du pigment de l' — XXIII, 417; siège des fonctions visuelles, XXIV, 157; recherches sur la pression intra — XXIII, 718; l'excitation du nerf — provoque-t-elle une sensation lumineuse, XXIV, 661; représentation du champ visuel, XXIV, 661; changements de la réfraction observés en 6 ans chez 85 écoliers, XXIII, 718; les dimensions du champ visuel dans leurs rapports avec l'accommodation, XXIII, 722; échanges de liquides intra — étudiés à l'aide de la fluorescéine, XXIII, 719; effets des courants électriques sur l' — XXIII, 722, 723; de l'hémiopie et de l'hémianopie d'origine centrale, XXIV, 158; effets de la destruction de l' — sur le cerveau, XXIV, 157; des malformations congénitales de la papille, XXIV, 690; anophtalmie unilatérale, XXIII, 724; série de lésions congénitales de l' — dans une famille, XXIII, 724; hygiène de la vue, XXIII, 717; rapport non étudié entre la papille étranglée et les affections intra-crâniennes, XXIV, 158; paralysie des muscles — de cause centrale, XXIV, 158; de la névrite rétro-bulbaire, XXIV, 685; névrite optique double dans un cas d'abcès du cerveau, XXIV, 158; exophtalmie par dilatation variqueuse, XXIV, 678; de l'atrophie du nerf — survenue à la suite de l'érysipèle de la face, XXIV, 685; des lésions — dans la paralysie générale, XXIII, 247; maladies de l' — consécutive à la syphilis héréditaire, XXIV, 714; tuberculose de l' — XXIII, 729; tuberculose de l' — par inoculation, XXIII, 546; blessure des deux — par une balle de pistolet, XXIII, 359; kyste dermoïde de l' — XXIII, 724; kyste dermoïde huileux de la queue du sourcil, XXIV, 70; manuel de thérapeutique oculaire, XXIV, 351; de l'hyoscine comme mydriatique, XXIII, 733; de l'acide borique dans la thérapeutique — XXIV, 692; de l'emploi de l'iodoforme dans les maladies des — XXIII, 359; XXIV, 692; du boroglycéride dans le traitement des maladies des — XXIII, 271; du massage de l' — après la sclérotomie, XXIV, 687; malaxation de l' — après la sclérotomie dans le glaucome, XXIII, 352; extraction des corps étrangers d'acier de l' — au moyen de l'aimant, XXIII, 732; extraction des corps étrangers de l' — au moyen de l'aiguille électro-magnétique, XXIII, 358. — R. B., XXIII, 384, 785; XXIV, 383, 785.
Œsophage. Du goitre rétro — XXIV, 656; corps étranger de l' — perforation de l'aorte, XXIII, 302; ulcère latent de l' — perforant le cœur, XXIII, 669; cancer de l' — avec perforation de la trachée, XXIII, 660; œsophagotomie pour les rétrécissements de l' — XXIII, 669, 671; résection de l' — cancéreux, XXIII, 671; gastrostomie pour les rétrécissements et cancers de l' — XXIII, 660 — R. B., XXIII, 386, 787; XXIV, 384, 786.
Œsophagisme. De l' — XXIII, 164.
Œsophagotomie.— externe et interne combinées, XXIV, 543; — pour les rétrécissements de l'œsophage, XXIII, 669, 671.
Œuf. Sur la segmentation parthogénétique des — XXIII, 35; sur la fécondation des — ultra-mûrs, XXIII, 35.
Oiseaux. Recherches sur le cerveau des — XXIV, 18.
Olfaction. Association des sensations — avec les couleurs, XXIV, 660; névrite

du nerf — XXIV, 120; anosmie par compression cérébrale, XXIV, 120.
Ombilic. Cure radicale de la hernie — XXIII, 337.
Omoplate. *Voy.* os.
Onanisme. Troubles nerveux dus à l' — XXIII, 244.
Onctions. Modifications de la température par les — cutanées dans les maladies fébriles des enfants, XXIII, 468.
Onyxis. Lésions de l' — développé au voisinage du mal perforant, XXIV, 72.
Ophtalmie. Pathogénie et anatomie pathologique de l' — sympathique, XXIV, 671; de l'origine de l' — sympathique, XXIII, 352; névrotomie dans l' — sympathique, XXIV, 671; — par la lumière solaire, XXIV, 669; de l' — rhumatismale, XXIV, 668; de l' — jéquiritique, XXIII, 732; nature de l' — des nouveau-nés, XXIII, 725, 726, 727; XXIV, 672; microorganisme de l' — des nouveau-nés, XXIII, 729; XXIV, 673; traitement prophylactique de l' — des nouveau-nés, XXIII, 725, 726, 727; traitement de l' — des nouveau-nés par l'acide phénique, XXIII, 349; emploi du jéquirity dans l' — granuleuse, XXIII, 360; emploi de l'inoculation blennorragique dans l' — granuleuse, XXIII, 348, 360.
Opium. Empoisonnement par le laudanum, XXIII, 92.
Orbite. Amaurose consécutive au traumatisme de la région pré — XXIII, 358; des phlegmons de l' — XXIV, 353; ostéome de l' — XXIII, 346. — R. B., XXIII, 386, 787; XXIV, 786.
Orchite. — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149, 160.
Oreille. La crête auditive chez les vertébrés, XXIV, 6; nerfs vaso-dilatateurs de l' — externe, XXIII, 404; examen de l' — chez les écoliers, XXIII, 749; auscultation transauriculaire, XXIII, 748; de la décalcification du rocher, XXIII, 416; absence du labyrinthe chez un sourd-muet, XXIV, 720; moyen d'empêcher la convulsion labyrinthique avec l'administration de la quinine et de l'acide salicylique, XXIV, 107; effets du chloral introduit dans l' — XXIII, 68; traités des maladies de l' — XXIV, 714; statistique des maladies de l' — XXIII, 753; du vertige — XXIII, 753; nécrose et élimination d'un canal demi-circulaire, XXIII, 753; otite scarlatineuse, XXIII, 754; otite diphtéritique XXIII, 754, 755; lésions cérébrales consécutives aux maladies de l' — XXIV, 714; cholestéatomes du temporal suivis de mort par thrombose des sinus et abcès du cervelet, XXIV, 729; des maladies d' — par syphilis héréditaire, XXIV, 714, 723; affections de l' — dans la fièvre typhoïde, XXIV, 725; culture des diverses espèces d'aspergillus de l' — XXIV, 723; bacilles tuberculeux dans les sécrétions de l' — des phtisiques, XXIII, 533; XXIV, 723; exostose du conduit — XXIV, 728; du soufflet à chute d'eau pour la douche d'air, XXIV, 727; du régulateur thermique de Leiter dans les maladies de l' — XXIV, 727; du massage dans les maladies de l' — XXIV, 727; du boroglycéride dans le traitement des maladies d' — XXIII, 271; de l'emploi du sublimé dans les maladies de l' — XXIV, 726. — R. B., XXIII, 386, 787; XXIV, 384, 786.
Oreillons. Epidémie d' — XXIII, 764, 765; surdité à la suite d' — XXIII, 750, 752. — R. B., XXIII, 386, 788; XXIV, 385, 788.
Organismes inférieurs. Les — vivants de l'atmosphère, XXIII, 61; nature parasitaire de la tuberculose, XXIV, 736; le bacille tuberculeux dans les suppurations de l'oreille, XXIII, 533; XXIV, 723; microbe de la pneumonie, XXIV, 736, 740; des bacilles de la morve, XXIV, 429; des colonies de micrococcus dans les vaisseaux, dans les maladies septiques, XXIV, 421; micrococcus dans le sang dans la rougeole, XXIII, 625; — du sang dans la fièvre typhoïde, XXIII, 161; — intestinaux dans le choléra infantile, XXIII, 630; microbe de la septicémie gangréneuse, XXIV, 424; microbe du phlegmon cutané, XXIV, 432; microbe de l'ostéo-myélite, XXIV, 429, 430; microbe du clou de Biskra et de Gafsa, XXIV, 560; du micrococcus de la blennorragie, XXIII, 658; XXIV, 580. — R. B., XXIII, 386, 788; XXIV, 385, 788.
Orthopédie. Leçons de chirurgie — XXIII, 254. — R. B., XXIII, 387.
Os. Névrotisation du cartilage — dans la suture tubulaire des nerfs, XXIV, 2; théorie des ostéoclastes, XXIV, 8; développement de l' — intermaxillaire, XXIV, 5; préformation du squelette de la face, XXIV, 405; cataracte unilatérale avec anomalie du squelette du même côté, XXIV, 679; de la greffe — XXIII, 64; décollement traumatique de l'épiphyse humérale suivi d'arrêt d'accroissement du bras, XXIV, 637; fracture de l'apophyse cubitale, XXIV, 591; fracture de la tête du radius, XXIV, 591; fracture du col du fémur, XXIV, 591; fractures de cuisse chez les vieillards, XXIV, 591; disjonction épiphysaire du fémur, XXIV, 591; des fractures de la rotule, XXIV, 596; atrophie musculaire consécutive aux fractures de la rotule, XXIV, 596; état fonctionnel du triceps fémoral après les fractures transversales de la rotule, XXIV, 596; consolidation — sans suture d'une fracture de la rotule, XXIV, 596; traitement des fractures de la rotule par l'appareil plâtré, XXIV, 596; nouveaux traitements des fractures de la rotule, XXIV, 596; suture des fragments — dans les fractures de la rotule, XXIV, 596; extirpation de la plus grande partie du sternum, XXIV, 603; résection de la clavicule, XXIV, 603; extirpation de l'astragale dans le traitement des pieds bots, XXIV, 629; de l'ablation de l'astragale, XXIV, 604; luxation de l'omoplate, XXIV, 585; traitement des abcès

centraux des — XXIV, 637; des hydatides des — XXIV, 637; nécrose du temporal, XXIV, 731; cholestéatome du temporal, XXIV, 729. — R. B., XXIII, 387, 788; XXIV, 385, 788. *Voy.* luxation résection.
Osmique (acide). Effets des injections d'acide per — XXIV, 86.
Osmose. De l' — des liquides et des solutions, XXIII, 436, 437.
Ostéite. — tuberculeuse, XXIII, 543; XXIV, 604; — syphilitique de la machoire, XXIV, 577; de la néphite infectieuse consécutive à l' — XXIV, 486; de l'arthrotomie aiguë et du chauffage articulaire dans les — synovites fongueuses, XXIV, 637.
Ostéoclasie. — pour le genu valgum, XXIV, 617, 618; — pour un cal vicieux, XXIV, 617; — pour les courbures rachitiques des membres, XXIV, 618.
Ostéoclastes. *Voy.* Os.
Ostéomalacie. — universelle avec syringomyélie, XXIV, 637; opération césarienne dans un cas d' — XXIII, 225.
Ostéome. — de l'orbite, XXIII, 346.
Ostéomyélite. Culture et inoculation du microbe de l' — infectieuse, XXIV, 429, 430.
Ostéotomie. — sous-trochantérienne dans une luxation invétérée de la hanche, XXIV, 585; — sous-trochantérienne pour une ankylose de la hanche, XXIV, 617; — dans la coxalgie, XXIV, 617; — pour le genu valgum, XXIV, 617, 618; du redressement des membres par l' — XXIV, 617, 618; — pour le pied bot, XXIV, 629, 630; des pansements après l' — XXIV, 617.
Otite. — scarlatineuse, XXIII, 754; — diphtérique, suite de scarlatine, XXIV, 724; — diphtéritique, XXIII, 754, 755; — tuberculeuse, XXIV, 723; — syphilitique, XXIV, 575; — labyrinthique des enfants, XXIV, 722; altérations secondaires du labyrinthe consécutives aux — moyennes suppurées, XXIV, 725; traitement des — suppurées, XXIV, 725. *Voy.* oreille.
Otorrhée. *Voy.* otite.
Ouraque. Epithélium du canal de l' — XXIII, 414.
Ovaire. Développement de l' — XXIV, 407; histologie de l' — XXIII, 16; dégénérescence maligne d'un kyste — XXIV, 211; la douleur — des hystériques a pour siège l' — XXIII, 172; hystérie guérie par l'extirpation des — XXIII, 581; extirpation des — pour des troubles menstruels, XXIII, 581, 588; kystes dermoïdes de l' — XXIII, 588; séparation et transplantation des kystes — XXIII, 580; torsion du pédicule dans les kystes — XXIII, 580; kyste de l' — guéri par une injection de vin, XXIII, 581; perforation de la vessie par un kyste de l' — XXIII, 581. — R. B., XXIII, 387, 788; XXIV, 386, 788.
Ovariotomie. — pour des troubles menstruels, XXIII, 581, 588; XXIV, 211; obs. d' — XXIII, 588; XXIV, 211; — pour cancer, XXIV, 211; — faite deux fois chez la même femme, XXIII, 581; — double, XXIV, 211; — le quatrième jour des couches, XXIV, 211; — pendant la grossesse, XXIII, 581; — compliquée de rupture de l'intestin, XXIII, 581; méthode de traitement du pédicule dans l' — XXIII, 580; traitement du pédicule, XXIV, 211. *Voy.* ovaire.
Ovulation. Recherches sur l' — XXIV, 9; rapports entre la menstruation et l' — XXIII, 38.
Oxydations. Influence de l'alcool sur les — organiques, XXIV, 33; influence des aliments azotés sur les — XXIV, 33, 36; influence de l'oxygène comprimé sur les — XXIV, 34; influence des poisons et des maladies sur les — XXIV, 49.
Oxygène. Intensité des phénomènes chimiques de la respiration dans l'air sur — XXIV, 416; influence de l' — comprimé sur les processus vitaux des animaux à sang-froid et sur quelques oxydations, XXIV, 34; respiration d'un embryon de poulet dans une atmosphère d' — XXIV, 27; inhalations d' — dans les brûlures étendues, XXIV, 109; action de l'eau — XXIII, 89; influence de l'eau — sur la fermentation, XXIII, 265; applications de l'eau — XXIII, 475; pansement à l'eau — XXIII, 265.

P

Pachydermatocèle. Obs. de — XXIV, 562.
Pachydermie. — symétrique des membres inférieurs, XXIII, 638.
Paille. — de bois au sublimé, XXIII, 272.
Palais. Bacilles dans les ulcérations tuberculeuses du voile du — XXIII, 533; ulcération syphilitique du voile du — XXIII, 237; longueur excessive de l'apophyse styloïde comme cause de dysphagie, XXIII, 739. — R.B., XXIII, 388, 789; XXIV, 386.
Paludisme. Du — congénital, XXIII, 628. *Voy.* fièvre intermittente.
Pancréas. Transformation des matières albuminoïdes par le ferment du — XXIV, 44; lésions du — dans l'empoisonnement par le sublimé, XXIII, 458; cancer du — XXIV, 60; cristaux gras dans les selles, dans le cancer du — XXIII, 567. — R.B., XXIII, 789; XXIV, 386, 789.
Pansement. Statistique des résultats donnés par les divers — XXIII, 261; statistiques sur le — antiseptique, XXIII, 261; résultats du — antiseptique, XXIV, 288; le premier — sur le champ de bataille, XXIV, 737; du — antiseptique en campagne, XXIII, 758; du — de Lister, XXIII, 255, 256; pansement de Lister modifié, XXIII, 256; modifications du — de Lister, XXIII, 265; des — absorbants, XXIII, 257; du bain antiseptique comme méthode de — XXIII, 256; — au trichlorophénol, XXIII, 266; — à la napthtaline, XXIII, 266; — au thymol, XXIII, 266; — à l'essence d'eucalyptus, XXIII, 265; — au bismuth, XXIII, 271;

du — au chlorure de zinc, XXIII, 271; valeur de l'étoupe sèche au chlorure de zinc, XXIII, 271; — à l'eau oxygénée, XXIII, 265; du — avec la mousse, XXIII, 272; du — à la sphaigne et à la tourbe, XXIII, 271, 272; — au sucre, XXIII, 272; — au salicylrésorcinkétone, XXIII, 256; du — antiseptique dans les appareils de verre, XXIII, 257; du — avec l'étoupe purifiée et antiseptique, XXIII, 256; paille de bois au sublimé, XXIII, 272; des — après l'ostéotomie, XXIV, 617; empoisonnement par le sous-nitrate de bismuth en — XXIV, 455. — R. B., XXIII, 388, 789; XXIV, 386, 789.

Papaine, yotine. Action de la — et de la — XXIV, 90; traitement de la diphtérie par la — XXIII, 107, 472.

Pao-pereira. Etude du — et de son alcaloïde, XXIV, 92.

Papille. Malformations congénitales de la — XXIV, 690.

Papillome. — du larynx, XXIII, 746; cartilage aryténoïde ossifié rejeté après une thyrotomie pour un — laryngé, XXIII, 743; — du nez, XXIII, 735.

Paracentèse. — du péricarde, XXIV, 81.

Paraldéhyde. Action de la — XXIV, 104; action hypnotique de la — XXIII, 85, 119; effets de la — XXIV, 461, 462; influence de la — sur la calorification et l'oxygénation de l'hémoglobine, XXIV, 462.

Paralysie. — bulbaire due à un cancer de la base du crâne, XXIV, 140; — spinale, XXIV, 169; — générale spinale à marche rapide et curable, XXIV, 168; — partielle du sentiment par lésion des corps striés, XXIV, 120; — incomplète du membre supérieur, XXIV, 120; — complète avec rigidité, XXIV, 169; de l'excrétion d'acide phosphorique dans le tremblement — XXIV, 264; — des nerfs crâniens, XXIV, 140; — des muscles oculaires de cause centrale, XXIV, 158; — du tronc du trijumeau, XXIV, 140; migraine avec — de la 3e paire, XXIII, 192; — labio-glosso-laryngée, XXIV, 141; — de la langue, 140; étiologie des — laryngées, XXIII, 741; — du larynx, XXIV, 703; — des abducteurs du larynx, suite d'hémorragie cérébrale, XXIV, 705; la mort dans le goitre par — des cordes vocales, XXIV, 654; — hystérique sans anesthésie XXIII, 172; — provoquée pendant l'état calaleptique, XXIV, 40; — du plexus brachial, XXIV, 189; des — du nerf radial liées aux fractures de l'humérus, XXIV, 303; élongation du sciatique et du péronier pour une — traumatique, XXIV, 291; — suite d'intoxication par l'oxyde de carbone, XXIV, 456; — arsenicale, XXIV, 445; — R. B., XXIII, 388, 789; XXIV, 387. 789.

Paralysie agitante. De l'excrétion d'acide phosphorique dans la — XXIV, 264; la — cause de folie, XXIV, 263; insanité dans la — XXIII, 249; goitre exophtalmique et — XXIII, 529.

Paralysie générale. Théorie de la — XXIV, 265; conditions pathogéniques de la — XXIV, 266; de l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la — XXIV, 266; de la démence — dans ses rapports avec l'athérome artériel et le ramollissement jaune, XXIII, 247; des lesions ophtalmoscopiques dans la — XXIII, 247; scotome central progressif dans la — XXIV, 691; du temps de la dilatation réflexe de la pupille dans la — XXIII, 248. *Voy.* aliénation.

Paralysie infantile. De la — XXIV, 537; pseudo — syphilitique, XXIII, 233; de la strychnine dans la — XXIII, 118.

Paraplégie. Rigidité — dans l'hémiplégie, XXIV, 110; — d'origine intestinale, XXIV, 508; — due à des lombrics, XXIV, 539. *Voy.* paralysie.

Parole. Production des voyelles dans la — chuchotée, XXIV, 41.

Parotide. — Rhabdomyome de la — XXIV, 65; R. B., XXIII, 388, 789; XXIV, 387. 789.

Parotidite. — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149.

Pathologie. Leçons de — XXIII, 479; XXIV, 206; leçons de — comparée XXIV, 73; leçons de — chirurgicale, XXIII, 252; leçons de — exotique, XXIII, 481. — R. B., XXIII, 388; XXIV 387, 789.

Paupière. Développement des cils et des glandes de Meibomius, XXIV, 406; nerfs de la XXIII, 7; coloboma congénital de la — XXIII, 724; traitement de l'ankyloblépharon et du symblépharon par la greffe conjonctivale, XXIV, 357. — R. R., XXIII, 388, 789; XXIV. 789.

Peau. Terminaison des nerfs dans la — XXIV, 2; des diverses catégories de nerfs de la — XXIV, 412; innervation des vaisseaux — XXIII, 33; pouvoir d'absorption de la — XXIII, 446; de l'absorption du plomb par la — XXIV, 97; conductibilité électrique de la — XXIV, 460; sensibilité des parties privées de — XXIV, 413; modification et disposition du stratum granuleux dans quelques maladies de la — XXIII, 639; la dermatose de Kaposi, XXIII, 643; granulome de la — XXIII, 636; fibrome molluscum de la — XXIV, 562; obs. de pachydermatocèle, XXIV, 562; sarcome multiple de la — XXIV, 551; du cancroïde de la — XXIII, 640; l'hydrothérapie dans les maladies de la — XXIV, 569; application des médicaments sur la — en couches minces XXIV, 467; des injections d'arsenic dans le sarcome — XXIV, 107. — R. B., XXIII, 389, 789; XXIV, 387.

Pellagre. Les troubles spinaux chez les fous — XXIV, 268. — R. B., XXIII, 790; XXIV, 387.

Pelletiérine. Empoisonnement par la — XXIV, 442.

Pemphigus. Lésions du système nerveux dans la dermatite — XXIV, 554. — R. B., XXIII, 389; XXIV, 789.

Pénis. Gommes du — XXIII, 655. — R. B., XXIII, 389, 790. *Voy.* génitaux.

Peptone. Origine et nature de la — XXIII, 45; action des acides biliaires sur les — XXIV, 54; action des boissons infusées sur la digestion — XXIV, 32; transformation de la — dans l'organisme, XXIII, 40, 45; — de la gélatine, XXIV, 50; traitement de l'entérite et de la diarrhée chroniques par les — XXIII, 474. *Voy.* albuminoïdes.
Percussion. — métallique pour le diagnostic des épanchements pleuraux, XXIV, 202; tympanisme sous-claviculaire dans la pneumonie, XXIV, 202.
Péricarde. Paracentèse du — XXIV, 81; paracentèse et incision du — XXIII, 493; drainage du — XXIII, 669. — R. B., XXIII, 389, 790; XXIV, 387.
Péricardite. — des jeunes sujets, XXIII, 493; pathogénie de la — tuberculeuse. XXIII, 493; — purulente, XXIII, 493; obs. de — hémorragique, XXIII, 493.
Péricrâne. Rapports du — avec les couches de la région temporale chez l'homme, XXIII, 11.
Périnée. Déchirures du — pendant l'accouchement, XXIV, 526; procédés de restauration des déchirures — XXIV, 228, 229; méthode de traitement des ruptures du — XXIII, 598; dilatation prœfœtale de la vulve pour prévenir les déchirures du — XXIII, 610. — R. B., XXIII, 389; XXIV, 387, 789.
Périnéorrhaphie. Procédés de — XXIV, 228, 229; remplacement du sphincter vésical par le sphincter anal, XXIV, 228.
Périoste. Lymphatiques du — XXIV, 5; hémorragie sous — chez un rachitique, XXIV, 545. — R. B., XXIII, 389. *Voy.* os.
Périostite. De la — albumineuse, XXIV, 637.
Péritoine. De la pression — XXIV, 202; du frottement — XXIII, 571; occlusion intestinale par abcès rétro — XXIII, 687; colotomie lombaire pour rétrécissement de l'intestin par rétraction du mésentère, XXIII, 687; laparotomie pour une tumeur du — XXIV, 211. — R. B., XXIII, 389, 790; XXIV, 387, 789.
Peste. Leçons sur la — XXIII, 481. — R. B., XXIV, 387.
Pharmacologie. Traité de — XXIV, 460; notes de — expérimentale, XXIII, 88. — R. B., XXIII, 389, 790; XXIV, 388, 789.
Pharyngotomie. Obs. de — XXIII, 671; XXIV, 701.
Pharynx. Troubles vaso-moteurs de la muqueuse — XXIII, 736; des tumeurs adénoïdes du — nasal, XXIV, 697; tuberculose du — XXIV, 701; lésions — de la syphilis congénitale, XXIV, 576; déterminations de la fièvre typhoïde sur le — XXIII, 149; muguet primitif du — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149; obs. d'abcès rétro — XXIII, 737; lame de couteau dans le — XXIV, 700; dentier dans le — XXIV, 700; extirpation d'un cancer du — XXIII, 739; emploi du sublimé dans les maladies du — XXIV, 699; emploi de l'acide chromique dans les maladies du — XXIV, 699. — R. B., XXIII, 389, 790; XXIV, 388, 790.
Phénique (acide). Action du — sur l'urine, XXIV, 51; toxicité de l' — XXIV, 93; valeur de l'huile et de la vaseline — XXIV, 531; traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés par l' — XXIII, 349; traitement de la fièvre typhoïde par l' — XXIII, 102, 105; des lavements — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 42; traitement de la fièvre jaune par l' — XXIII, 107.
Phlébite — de la veine cave et de la veine brachio-céphalique, XXIII, 523. *Voy.* veine.
Phlegmon. Microbes du — cutané, XXIV, 432; des — de l'orbite, XXIV, 353. — — R. B., XXIII, 791; XXIV, 790.
Phonation. Spasme de la glotte pendant la — XXIII, 740. *Voy.* larynx, voix.
Phosphate. Mode d'administration du — de chaux, XXIV, 470; — de magnésie dans les urines des sujets atteints d'affections de l'estomac, XXIII, 163; variation des — dans la tuberculose, XXIV, 56.
Phosphore, ique. Empoisonnement par le — son traitement par l'essence de térébenthine, XXIV, 453; de l'excrétion d'acide — dans la paralysie agitante et les formes voisines du tremblement paralytique, XXIV, 264.
Phtisie. Diagnostic des — pulmonaires douteuses par la présence des bacilles dans les crachats, XXIII, 532; bacilles tuberculeux dans les sécrétions de l'oreille des — XXIII, 533; lésions de la tricuspide dans la — XXIII, 511; — syphilitique, XXIII, 235; du gavage et de l'alimentation forcée dans la — XXIII, 110; de l'hyoscine contre les sueurs des — XXIII, 471. *Voy.* tuberculose.
Physiologie. Traités de — XXIV, 409. — R. B., XXIV, 388, 790.
Physométrie. Obs. XXIV, 236.
Picrotoxine. Action de la — XXIV, 93.
Pied. Rapport entre la longueur du — et le poids du corps chez les nouveau-nés, XXIV, 534; — affecté de la déviation en dehors du gros orteil, XXIV, 630; nouveau procédé de résection du cou de — XXIV, 604; résections ostéoplastiques du — XXIV, 604. — R. B., XXIII, 389, 791; XXIV, 388, 790.
Pied-bot. Des différences espèces de — et de leur traitement, XXIV, 629; traitement des — par l'ostéotomie, XXIV, 629, 630; de l'extirpation du l'astragale dans le — XXIV, 629.
Pigment. Réactions des — biliaires, XXIII 49; du — trouvé dans l'intestin dans les cas d'empoisonnement par l'arsenic, XXIV, 97; de l'urticaire — XXIV, 555.
Pituitaire. *Voy.* nez.
Placenta. Hémorragie latente de — pendant l'accouchement, XXIV, 514; traitement des hémorragies de la délivrance dans les cas de — prœvia, XXIII, 214; rétention d'un — suc-

centurié, XXIV, 525 ; version combinée dans les cas de — prœvia, XXIV, 524 ; traitement du — prœvia, XXIII, 610, 611. — R. B., XXIII, 390, 791 ; XXIV, 388, 790.
Plaie. Sur la frigidité antiseptique des — XXIII, 256 ; étude des complications infectieuses des — XXIII, 57 ; de l'hémostase des — artérielles, XXIII, 706 ; ligature dans les — des veines, XXIII, 705 ; — singulière de cou, XXIII, 705. — R. B., XXIV, 388.
Plaies par armes à feu. — du cerveau, XXIV, 658, 659 ; blessure des deux yeux par une balle de pistolet, XXIII, 359 ; — du cœur, XXIV, 737.
Pleurésie. De la — diaphragmatique, XXIV, 202 ; — diaphragmatique dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149 ; — infectieuses chez l'enfant, XXIV, 540 ; — purulente guérie en trois semaines par empyème, XXIV, 202 ; — puerpérale guérie par quinze ponctions, XXIV, 203 ; des — hémorragiques, XXIV, 202.
Plèvre. Sur le développement du vide — XXIV, 28 ; de la pression — XXIV, 202 ; rapports des tensions intra-thoraciques avec la symptomatologie et le traitement des épanchements — XXIV, 202 ; percussion métallique combinée à l'auscultation dans le diagnostic des épanchements de la — XXIV, 202 ; transformation des épanchements — à la suite de la thoracentèse, XXIV, 202 ; traitement de l'empyème chez l'enfant, XXIII, 625. — R. B., XXIII, 390, 791 ; XXIV, 388, 790.
Plique. De la — névropathique, XXIII, 647.
Plomb. De l'absorption cutanée du — XXIV, 97 ; action du — sur le nerf vague, XXIV, 87 ; de l'intoxication par le — XXIII, 90 ; lésions de la moelle dans l'empoisonnement par le — XXIII, 460.
Pneumogastrique. *Voy.* nerf.
Pneumonie. La — est-elle une maladie infectieuse, XXIV, 740 ; microbe de la — XXIV, 736, 740 ; la — contagieuse XXIV, 740 ; épidémie de — et d'oreillons, XXIII, 764 ; du tympanisme sous-claviculaire dans la — XXIV, 200 ; la spléno — XXIV, 200 ; — du début de la fièvre typhoïde, XXIII, 149 ; — typhoïde XXIII, 149 ; — septique des nouveau-nés, XXIII, 624 ; endocardite ulcéreuse consécutive à la — XXIII, 504 ; — traitées par les bains froids, XXIII, 109, 466, 467 ; — traitées par les lavements froids, XXIII, 466 ; statistique des — traitées à Saint-Pétersbourg, XXIII, 108. *Voy.* poumon.
Poids. — des nouveau-nés, XXIV, 534 ; rapport entre la longueur du pied et le — du corps chez les nouveau-nés, XXIV, 534.
Poison. Influence des — sur les oxydations, XXIV, 49 ; influence de la saison et de la température sur l'action et l'antagonisme des — XXIII, 451 ; antagonisme des — XXIII, 451. *Voy.* empoisonnement.
Poisson. — toxique de Japon, XXIV, 88.
Pollakiurie. — dans la maladie de Bright, XXIV, 496.
Polype. Rapports de l'asthme et des — du nez, XXIII, 734 ; XXIV, 693.
Ponction. — capillaire de l'estomac, XXIII, 164.
Porencéphalie. *Voy.* cerveau.
Potassium. Action des sels de — XXIII, 88.
Poules. Tuberculose des — domestiques, XXIII, 553.
Pouls. Sur le — capillaire visible, XXIII, 507 ; sur le — sous-unguéal, XXIII, 507 ; du — de Corrigan, XXIII, 507 ; modifications des retards du — dans les lésions de l'orifice aortique, XXIII, 507 ; valeur diagnostique et pronostique des rapports du — et de la température dans la fièvre typhoïde, XXIII, 140. *Voy.* circulation, cœur.
Poumon. Développement du — XXIII, 412 ; influence de la section des pneumogastriques sur l'exhalation de l'acide carbonique par les — XXIII, 31 ; variations de l'exhalation — de l'acide carbonique, XXIV, 28 ; le — est-il imperméable, XXIII, 428 ; de la docimasie — XXIV, 285 ; présence d'air dans les — d'enfants mort-nés, XXIV, 285 ; état fœtal des — chez des nouveau-nés ayant respiré, XXIV, 285 ; de la sclérose du — XXIV, 200 ; la congestion — hystérique, XXIII, 172 ; du — cardiaque, XXIII, 497 ; rétrécissement de l'artère — XXIII, 511 ; hémorragie de la trachée simulant une hémorragie — XXIV, 707 ; syphilis — XXIII, 237 ; traitement de la tuberculose — par les inhalations d'iodoforme, XXIII, 469, 470 ; traitement de la tuberculose — par les inhalations d'acide carbonique, XXIII, 469 ; de l'ouverture et du drainage des cavernes — XXIII, 704. — R. B., XXIII, 390, 791 ; XXIV, 389, 791.
Presbytie. Accommodation et — XXIV, 352.
Pression. Recherches sur la — intra oculaire, XIII, 718 ; grandeur de la — négative du thorax dans la respiration calme, XXIII, 27 ; de la — pleurale et péritonéale, XXIV, 202 ; — sanguine pendant l'accouchement, les suites de couches, XXIV, 241 ; modifications de la — sanguine pendant la menstruation, XXIV, 421 ; action du séjour dans l'air comprimé sur la — sanguine, XXIV, 26 ; — sanguine après les bains, XXIII, 466 — R. B., XXIV, 791.
Priapisme. Du — par lésion de l'urètre, XXIV, 343.
Prostate. Kyste hydatique de la — XXIV, 343. — R. B., XXIV, 389, 791.
Prostitution. La — au Japon, XXIII, 488.
Protoplasma. De l'albumine du — vivant ou mort, XXIII, 44.
Protubérance. Tumeur de la — XXIV, 140. *Voy.* cerveau, moelle.
Prurigo. Etude de la papule de — XXIII, 645.
Prurit. Traitement du — urétral blennorragique, XXIII, 241.
Pseudarthroses. Traitement des — XXIV 591, 592. *Voy.* articulation.

Psoriasis. Nature du — lingual, XXIV, 551 ; traitement du — par la chrysarubine, XXIV, 467 ; empoisonnement par l'acide pyrogallique en frictions contre le — XXIV, 569 ; — R. B., XXIII, 390, 791 ; XXIV, 791.
Psychoses — dans les maladies du rein, XXIV, 471 ; — par abus de chloral, XIII, 453 ; cécité — XXIV, 151.
Ptomaines. Genèse des — XXIV, 426, 434 ; des — XIII, 49 ; — du liquide amniotique, XXIII, 51 ; origine intestinale de certains alcaloïdes normaux ou pathologiques, XXIV, 57. — R. B., XXIII, 792 ; XXIV, 389, 791.
Puerpéral (état). Les maladies — XXIII, 612 ; formes diverses d'épidémies — XXIII, 209 ; causes de la fièvre — XXIV, 527 ; contagion de la fièvre — XXIV, 246 ; prophylaxie de la fièvre — XXIV, 247 ; prophylaxie et traitement de la septicémie —, XXIII, 614 ; injections intra-utérines dans la fièvre — XXIV, 531 ; fièvre tardive chez les accouchées, XXIV, 241 ; ovariotomie dans l'état — XXIV, 211 ; pleurésie — guérie par 15 ponctions, XXIV, 203 ; de l'atrophie utérine d'origine — XXIII, 573 ; du chloroforme comme cause des hémorragies — XXIII, 601 ; doit-on interrompre la pratique obstétricale après une autopsie ou après un cas de fièvre — XXIV, 246. — R. B., XXIII, 390, 792 ; XXIV, 389, 791.
Pupille. *Voy.* Iris.
Purpura. R. B., XXIII, 390, 792 ; XXIV, 390.
Pus. Bactérie du — XXIII, 57 ; de l'inoculation — dans le traitement des kératites et conjonctivites granuleuses, XXIII, 348, 360. — R. B., XXIII, 390.
Pustule maligne. Traitement de la — par les injections iodées, XXIII, 716.
Putréfaction — des plaies, XXIII, 57 ; action des antiseptiques contre les bactéries de la — XXIII, 60, 61.
Pyélite. *Voy.* rein.
Pylore. *Voy.* estomac.
Pyohémie. Comment la notion clinique des mots — peut s'adopter aux données nouvelles de la pathologie expérimentale, XXIV, 423 ; — suite de blennorragie, XXIII, 241 ; endocardite — XXIII, 504. — R. B., XXIII, 792 ; XXIV, 390, 791.
Pyridine. Propriétés physiologiques de la — XXIV, 91.
Pyrogallique (acide). De l' — dans le traitement des chancres et des bubons chancreux, XXIII, 656 ; empoisonnement par l' — en frictions contre le psosiaris, XXIV, 569.

Q

Quarantaines. R. B., XXIII, 391.
Quebracho. Action du — XXIII, 478.
Quinquina, quinine. Action du sulfate de — XXIII, 71 ; action de la — sur la circulation, XXIII, 71 ; action des alcaloïdes du — XXIII, 71 ; effets ecboliques de la — XXIV, 106 ; influence de la — sur la déperdition et sur la production de calorique, XXIII, 447 ; moyen prophylactique contre l'intoxication — XXIV, 107 ; traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de — XXIII, 99 ; traitement de l'angine catarrhale par la — XXIV, 702, 703 ; empoisonnement cuprique par l'extrait de — XXIV, 450 ; injections intraveineuses de — XXIII, 464. — R. B., XXIII, 391, 792 ; XXIV, 791.
Quinidine. Action de la — XXIII, 71.
Quinoline. Du tartrate de — comme fébrifuge, XXIII, 120 ; le tartrate de — contre la coqueluche, XXIII, 120.

R

Race. R. B., XXIII, 391 ; XXIV, 792.
Rachis. Développement du — XXIII, 409 ; accroissement comparé de la moelle et du — XXIII, 409 ; signification réelle des apophyses transverses des vertèbres lombaires et développement du — chez l'homme, XXIII, 12 ; atrophie musculaire avec lordose paralytique des lombes, XXIV, 168 ; des synostoses de l'atlas, XXIV, 270 ; luxation des vertèbres du cou, XXIV, 642 ; mal de Pott à symptômes obscurs, XXIV, 169 ; du corset de Sayre dans la carie vertébrale, XXIV, 643 ; emploi du corset de Sayre dans les fractures du — XXIV, 643 ; incision d'un abcès du canal — avec résection d'un corps de vertèbre, XXIV, 643. — R. B., XXIII, 391, 792 ; XXIV, 390, 792.
Rachitisme. — développé et guéri avant la naissance, XXIII, 629 ; — aigu, XXIV, 544 ; albuminurie du — XXIV, 545 ; hémorragie sous-périostique chez un — XXIV, 545 ; scorbut et — XXIV, 545 ; ostéoclasie pour les courbures — XXIV, 618. — R. B., XXIII, 391, 792.
Raclage. — du lupus, XXIII, 641, 642.
Rage. Expériences sur la — XXIV, 428. — R. B., XXIII, 391 ; XXIV, 390, 792.
Rate. Structure de la — XXIII, 414 ; — accessoires, XXIV, 80 ; néoformation de la — XXIV, 80 ; modifications du sang, des ganglions et de la moelle des os après l'extirpation de la — XXIV, 79 ; leucémie — chez deux jumelles, XXIII, 630 ; abcès de la — ouvert dans l'estomac, XXIV, 64 ; hématémèses dans les hypertrophies chroniques de la — XXIII, 164 ; épithélioma primitif de la — XXIII, 570. — R. B., XXIII, 391, 793.
Recrutement. — dans l'Isère, XXIV, 733.
Rectum. Anesthésie avec l'éther par le — XXIV, 287, 581, 584 ; création d'une fistule — vaginale, XXIV, 230. — R. B., XXIII, 391, 793 ; XXIV, 390, 792.
Réflexe. Graphique des — tendineux, XXIV, 181 ; rapport des — avec la taille des individus, XXIV, 418 ; des — tendineux et cutanés, XXIV, 181 ; les — tendineux à l'état physiologique et dans les maladies nerveuses et mentales, XXIII, 200 ;

du phénomène du genou chez les enfants, XXIV, 182; de l'importance des — tendineux dans l'étude de la simulation des affections médullaires, XXIV, 181; des — tendineux dans l'hémiplégie cérébrale, XXIV, 109; — tendineux dans la fièvre typhoïde, XXIII, 140. — R.B., XXIV, 390, 792.

Réfraction. Changements de la — observés en 6ans sur 85 écoliers, XXIII, 718; influence de la vie de collège sur la — XXIII, 346.

Rein. Epithélium sécréteur du — XXIII, 414; area cribrosa du — XXIV, 9; circulation des — XXIII, 432, 434; résorption de l'eau dans la substance médullaire du — XXIII, 434; circulation du — pendant la fièvre, XXIV, 76; lésions du — à la suite de la ligature des uretères, XXIV, 471, 497; anurie par occlusion des uretères chez un malade n'ayant qu'un rein, XXIV, 471; régénération partielle du — XXIV, 503; de l'insuffisance — fonctionnelle, XXIV, 471; dégénérescence amyloïde précoce du—XXIV, 503; origine hématogène de l'albuminurie brightique, XXIII, 68; examen de la salive chez les brightiques, XXIV, 471; perspiration cutanée dans les maladies du — XXIV, 471; transformation graisseuse du — XXIV, 503; maladies et lésions du — XXIV, 485; maladie chronique de Bright sans albuminurie, XXIV, 496; l'albuminurie permanente du mal de Bright, XXIV, 471; de l'hypertrophie et de l'atrophie du — XXIV, 471; état des ganglions sympathiques—dans la maladie de Bright, XXIV, 496; pollakiurie dans la maladie de Bright, XXIV, 496; psychoses dans les maladies du — XXIV, 471; de la cirrhose — XXIV, 503; du — tuméfié, lisse et non amyloïde, XXIV, 486; de l'œdème aigu congestif du — XXIV, 486; des affections paludéennes du — XXIV, 486; la fièvre typhoïde à forme — XXIII, 149; syphilis — XXIII, 652; action du muguet sur les — XXIII, 117; action de la cantharidine sur les — XXIV, 83, des fausses positions du — XXIV, 306; histoire clinique des abcès péri — XXIV, 308; abcès du — XXIV, 307; kyste sanguin du — XXIV, 307; dégénérescence kystique du — XXIV, 503; kystes des — XXIV, 546; fibrome du — XXIV, 505; lipome du — XXIV, 503; sarcome du — XXIV, 505; épithéliome du — XXIV, 505; opérations pour le—flottant, XXIV, 306; traitement de l'hydronéphrose du — flottant, XXIV, 307, 308; hydronéphrose suppurée d'un — mobile traitée par l'établissement d'une fistule du bassinet, XXIV, 306; néphrectomie dans un cas de — unique, XXIV, 311; néphrectomie pour les tumeurs cancéreuses ou sarcomateuses du — XXIV, 307; néphrectomie pour un fibrome du — XXIV, 307; obs. de néphrolithotomie, XXIV, 307; laparatomies pour l'extirpation du — XXIV, 307; extirpation du — XXIV, 211. — R. B., XXIII, 392, 793; XXIV, 390, 792.

Résection. Statistique de — XXIII, 261; des — chez les tuberculeux, XXIII, 710; reproduction des extrémités articulaires dans les — sous-capsulo-périostées, XXIII, 65; — ostéoplastique du maxillaire supérieur pour la névrotomie dans les névralgies de la face, XXIV, 302; — d'un corps de vertèbre, XXIV, 643; — de la plus grande partie du sternum, XXIV, 603; — de l'extrémité interne de la clavicule, XXIV, 603; — de la tête humérale pour un cas de luxation se reproduisant à chaque accès épileptique, XXIV, 585; — ostéoplastique du coude, XXIV, 603; — temporaire de l'olécrâne pour extraire l'épitrochlée fracturée et réduire la capsule articulaire, XXIV, 603; — de la tête du radius pour la luxation en avant, XXIV, 603; — pathologique du poignet, XXIV, 603; néarthrose après — sous-trochantérienne, XXIV, 603; — du genou, XXIV, 603, 604; danger des embolies graisseuses dans certaines — du genou, XXIV, 604; nouveau procédé de — du cou-de-pied, XXIV, 604; — ostéoplastique du pied, XXIV, 604; de l'extirpation primitive de l'astragale dans la — tibio tarsienne pour arthrites fongueuses, XXIV, 604; — de l'astragale, XXIV, 604; — des nerfs, XXIV, 302; — nerveuse dans les névralgies, XXIV, 296; — de l'œsophage cancéreux, XXIII, 671; — du pylore dans les lésions organiques de l'estomac, XXIII, 672; — de l'appendice vermiculaire cancéreux, XXIII, 695; — de l'intestin, XXIII, 673, 684, 697. — R. B., XXIII, 392, 793; XXIV, 793.

Résorcine. Action de la — XXIII, 445; toxicité de la — XXIV, 93; traitement de la coqueluche par la — XXIII, 623.

Respiration. Grandeur de la pression négative du thorax dans la — calme, XXIII, 27; sur le développement du vide pleural et la valeur de l'air minimal, XXIV, 28; de l'influence de la — sur la circulation du sang, XXIII, 29; sur l'innervation — XXIII, 425, 427; modification des mouvements — sous l'influence de l'anesthésie, XXIII, 427; évaluation de l'air résidual, XXIII, 31; — dans l'air raréfié, XXIII, 62; intensité des phénomènes chimiques de la— dans les atmosphères suroxygénées, XXIV, 416; — d'un embryon de poulet dans une atmosphère d'oxygène, XXIV, 27; sur le développement de l'aspiration thoracique, XXIV, 416; du premier mouvement de — chez le nouveau-né, XXIII, 426; changements — des espaces intercostaux, XXIII, 422; échanges — dans la fièvre, XXIV, 74; appareil — dans la dyspnée des emphysémateux, XXIII, 114. — R. B., XXIII, 392; XXIV, 391, 793.

Rétine. La — des ganoïdes, XXIII, 8; trajet des fibres optiques dans la — XXIV, 158; du décollement de la — chez les myopes, XXIV, 663; genèse et traitement du décollement de la — XXIII,

354, 355, 731; embolie de l'artère centrale de la — XXIV, 691. — R. B., XXIII, 392, 793; XXIV, 391, 793.
Rétinite. — par la lumière solaire, XXIV, 669; — syphilitique périmaculaire, XXIII, 731; des — syphilitiques, XXIV, 690; de la — des albuminuriques, XXIV, 496.
Rétrécissement. — chronique du larynx, XXIII, 744; — du larynx et de la trachée dans le rhinosclérome, XXIII, 744; œsophagotomie pour les — de l'œsophage, XXIII, 669, 671; gastrostomie pour des — de l'œsophage, XXIII, 660, 672; — de l'intestin, XXIII, 687; du cathétérisme rétrograde combiné avec l'urétrotomie externe pour les — infranchissables de l'urètre, XXIV, 335; résection de l'urètre en cas de — XXIV, 343.
Revue générale. La pneumonie est-elle une maladie infectieuse, XXIV, 740.
Rhinosclérome. Du — XXIV, 697, 698; rétrécissement du larynx et des voies aériennes dans le — XXIII, 744.
Rhumatisme. Nodosités — sous-cutanées, XXIV, 208, 210; — chez les enfants, XXIV, 210; des manifestations hystériques simulant le — cérébral, XXIII, 243; de l'ophtalmie — XXIV, 668; de l'angine de poitrine — XXIII, 516; néphrite — XXIV, 486; traitement du — par l'acide salicylique, XXIII, 471; traitement du — par la salicine, XXIII, 472. — R. B., XXIII, 392, 794; XXIV, 391, 793.
Ricin. Empoisonnement par les graines de — XXIV, 96.
Rocher. De la décalcification du — XXIII, 416. *Voy.* oreille.
Roséole. R. B., XXIII, 391.
Rotule. *Voy.* fracture, os.
Rougeole. Micrococcus dans le sang dans la — XXIII, 625; hémiplégie dans le cours d'une — XXIV, 539. — R. B., XXIII, 392, 794; XXIV, 391.
Rumination. — chez l'homme, XXIII, 434.
Rupture. — de l'aorte pendant l'accouchement, XXIII, 214; des — de l'utérus pendant la grossesse, XXIII, 212; — de l'utérus, XXIII, 213; XXIV, 250, 251; traitement des — utérines, XXIV, 525.
Rythme. — du cœur, XXIII, 516; dissociation du — auriculaire et ventriculaire, XXIII, 516.

S

Sacrum. Lipome congénital de la région coccygienne, XXIII, 634; kystes dermoïdes du — XXIII, 633.
Saison. Influence des — sur l'action et l'antagonisme des médicaments, XXIII, 451.
Salicaire. Emploi de la — contre la diarrhée, XXIV, 104.
Salicine. Traitement du rhumatisme par la — XXIII, 472.
Salicylresorcinketone. Pansement avec le — XXIII, 266.
Salicylique (acide). Moyen de parer aux dangers de l' — pour l'oreille, XXIV, 107; traitement du rhumatisme par l' — XXIII, 471; traitement de la fièvre jaune par le — de soude, XXIII, 107; traitement de la fièvre typhoïde par l' — XXIII, 99; traitement de la fièvre typhoïde par le — de soude et le — de bismuth, XXIII, 99.
Salive. Action toxique de la — XXIII, 453; examen de la — chez les brightiques, XXIV, 471. — R. B., XXIII, 393, 794; XXIV, 391, 793.
Salpingite. *Voy.* utérus.
Sanatorium. Le — de Kita, XXIII, 488.
Sang. Eléments cellulaires du — XXIII, 10; développement des globules rouges du — XXIV, 3; les hématoblastes sont-ils des déchets de leucocytes, XXIII, 408; recherches sur les leucocytes du — XXIV, 27; concrétions — intra vasculaires, XXIV, 177; distribution de l'urée dans le — XXIV, 420; des sels d'hématine, XXIV, 55; matière colorante du sérum — XXIV, 47; de la circulation du — XXIV, 23; de l'influence de la respiration sur la circulation du — XXIII, 29; circulation du — dans le cerveau, XXIV, 19; rôle physiologique et pathologique des leucocytes du — XXIII, 26; pression — après le bain, XXIII, 466; action du séjour dans l'air comprimé sur la pression — XXIV, 26; modifications de la pression — pendant la menstruation, XXIV, 421; de la pression — pendant l'accouchement et les suites de couches, XXIV, 241; action des mercuriaux sur le — XXIII, 440; modifications du — après l'extirpation de la rate, XXIV, 79; modifications de la réaction du — dans les contractions morbides du système musculaire, XXIV, 82; de la crise hématique dans la fièvre intermittente, XXIV, 507; micrococcus dans le — dans la rougeole, XXIII, 625; numération des globules du — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 140; organismes du — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 161; origine — de l'albuminurie brightique, XXIII, 68; transfusion du — XXIII, 461; transfusion du — à la suite des hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149; réinfusion du — extrait par la saignée dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, XXIV, 456. — R. B., XXIII, 393, 794; XXIV, 392, 793.
Santonine. Doses d'administration de la — XXIV, 105.
Saponine. Action de la — XXIII, 75.
Sarcocèle. — syphilitique, XXIII, 654.
Sarcome. Fibro — du pédoncule cérébelleux, XXIV, 120; glio — du cerveau, XXIV, 120, 121; — de la dure mère, XXIV, 110; — du crâne, XXIII, 707; XXIV, 546; du — du nerf sciatique, XXIII, 286; — multiple de la peau, XXIV, 551; — de la conjonctive, XXIV, 676; — de l'iris, XXIV, 676; des in-

jections d'arsenic dans le — cutané, XXIV, 107; — du rein, XXIV, 505; néphrectomie pour le — du rein, XXIV, 307. — R. B., XXIII, 795; XXIV, 392, 794.
Sarkosine. Formation de l'urée par la — XXIV, 47.
Saturnisme. De l'absorption cutanée dans le — XXIV, 97; albuminurie des — XXIV, 470; de l'intoxication — XXIII, 90. — R. B., XXIII, 795; XXIV, 392. 794.
Savon. Applications thérapeutiques du — de potasse, XXIV, 108.
Scarifications — du lupus, XXIII, 641,642.
Scarlatine. Durée de la contagion de la — XXIV, 543; — chirurgicale, XXIII, 709, 710; de la néphrite — XXIV, 486; otite — XXIII, 754; diphtérie de l'oreille suite de — XXIV, 724. — R. B., XXIII, 393, 795; XXIV, 392, 794.
Sclérose. — du poumon, XXIV, 200; — de la moelle, XXIV, 169.
Sclérotique. Mélanose congénitale de la — XXIII, 724.
Sclérotomie. — dans le glaucome, XXIV, 687; malaxation de l'œil après la — dans le glaucome, XXIII, 352; massage de l'œil après la — XXIV, 687.
Scoliose. Traitement de la — XXIV, 243. — R. B., XXIII, 393, 795; XXIV, 392, 794.
Scorbut. R. B., XXIII, 393, 795; XXVI, 392, 794.
Scotome. *Voy.* vision.
Scrofule. Rapports qui existent entre la tuberculose et la — XXIII, 557; bacilles tuberculeux dans les lésions de la — XXIII, 542, 544, 559; syphilis chez les — XXIII, 651. — R. B., XXIII, 795. *Voy.* tuberculose.
Seigle ergoté. Effets de l'ergotine, XXIV, 90; des injections sous-cutanées d'ergotinine, XXIV, 90; nouvelle préparation d'ergotine, XXIII, 75; écorce de racine de cotonnier comme succédané du — XXIV, 106; épidémie d'ergotisme, XXIII, 93; altérations du système nerveux central et des cordons postérieurs dans l'ergotisme, XXIV, 66; empoisonnement par l' — Bonjean, XXIV, 466; de l' — dans le diabète sucré, XXIV, 466; traitement de la fièvre typhoïde par le — XXIII, 102, 106.
Senecio. Effets toxiques du — canicida, XXIII, 84.
Sensibilité. De la transmission des impressions thermiques, XXIV, 413; moyen d'isoler la — de la motilité de nerfs, XXIV, 412; modifications de la — cutanée sous l'influence d'irritants ou de narcotiques, XXIV, 413; troubles de la — dans les lésions de l'écorce des hémisphères, XXIV, 158; — des parties privées de peau, XXIV, 413; — à la suite des brûlures, XXIV, 413.
Septicémie. Comment la notion clinique des mots — et pyohémie peut s'adapter aux nouvelles données de la pathologie, XXIV, 423; des colonies de micrococcus dans les vaisseaux dans les maladies — XXIV, 421; — expérimentale, XXIII, 57; nature de la — gangréneuse, XXIV, 424, 650; étude clinique de la gangrène — foudroyante, XXIV, 650; — succédant aux déchirures du col utérin, XXIV, 526; prophylaxie et traitement de la — puerpérale, XXIII, 614. — R. B., XXIV, 794.
Séreuses. Inflammations infectieuses des — dans l'enfance, XXIV, 540. — R. B., XXIV, 794.
Serpent. Recherches sur le venin des — XXIV, 88; venin de — comme remède du tétanos, XXIII, 116. — R. B., XXIII, 393, 795; XXIV, 392.
Sexe. La concentration du sperme a-t-elle une influence sur le — XXIII, 35; causes qui déterminent le — et la proportion des — chez les grenouilles, XXIII, 35.
Simulation. — de la surdité, XXIII, 750; de l'importance des réflexes tendineux dans l'étude de la — des maladies médullaires, XXIV, 181; abcès provoqués par l'écorce de garou, XXIV, 735.
Sodium. Action des sels de — XXIII, 88.
Solanum. Empoisonnement par les semences du — pseudo-capsicum, XXIV, 95.
Soleil. Ophtalmie et rétinites par la lumière — XXIV, 669.
Sommeil. Régulation de la température pendant le — XXIV, 417. — R. B., XXIII, 795; XXIV, 392, 794.
Somnambulisme — spontané et provoqué, XXIV, 271.
Souffle (Bruit de). Diagnostic des — organiques et inorganiques du cœur, XXIII, 496; variations et disparition des — cardiaques, XXIII, 503; — anémiques dans la zone tricuspide et dans l'artère pulmonaire, XXIII, 496; de l'accentuation du second bruit — du cœur, XXIII, 496; du bruit de galop dans la néphrite, XXIII, 496; — sibilant au 2e temps dans l'insuffisance aortique, XXIII, 507; du — tricuspidien à la pointe, XXIII, 511.
Spasme. — musculaire au début des mouvements volontaires, XXIII, 196; — fonctionnel du sterno-mastoïdien et du trapèze, XXIII, 115; — de la glotte pendant la phonation, XXIII, 740.
Sperme. Le — des grenouilles mâles qui ne sont pas en accouplement est-il fécondant, XXIII, 35; la concentration du — a-t-elle une influence sur le sexe, XXIII, 35; de l'azoospermie chez l'homme sain et malade, XXIII, 38. — R. B., XXIII, 393.
Sphaigne. Du pansement avec la — XXIII, 271, 272; tamponnement vaginal avec les boudins de — XXIII, 598.
Sphygmomanomètre. — de Basch, XXIV, 241.
Spina-bifida. R. B., XXIII, 795; XXIV, 392.
Splénite. Péri — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149.
Spray. *Voy.* antiseptique, pansement.
Staphylome. De l'iridectomie contre le — cornéen, XXIV, 667; du — postérieur par en bas, XXIV, 668.
Statistique. — comparée des divers pan-

sements, XXIII, 261; — de la méthode antiseptique, XXIII, 261; — d'amputations et résections, XXIII, 261; — des cas de tétanos à Calcutta, XXIII, 287. — R. B. XXIII, 393; XXIV, 393.
Sternum. Du frottement xyphoïdien, XXIII, 571. *Voy.* os.
Strabisme. — conjugué paralytique du noyau droit de la 6e paire, XXIV, 120; opération du — au moyen de l'avancement capsulaire, XXIII, 360. — R. B., XXIII, 393; XXIV, 794.
Streptothrix. *Voy.* champignon.
Strychnine. Action de la — sur la moelle, XXIV, 92; empoisonnement par la — XXIV, 94; — dans la paralysie infantile, XXIII, 118; traitement de l'alcoolisme par la — XXIV, 105. — *Voy.* pharmacologie.
Sublimé. *Voy.* mercure.
Sucre. Origine du — de lait, XXIV, 419; pansement au — XXIII, 272.
Suette. R. B., XXIII, 393.
Sueur. De l'hyperhydrose axillaire des personnes nues, XXIII, 38; des — locales, XXIII, 430; perspiration cutanée dans les maladies du rein, XXIV, 471; de l'hyoscine contre les — des phtisiques, XXIII, 471. — R. B., XXIII, 393, 795; XXIV, 393, 794.
Suicide. Le — en Suisse, XXIV, 286; cerveaux de — XXIV, 269.
Suppuration. Etiologie de la — XXIII, 57; moyens de combattre les accidents de — après l'opération de cataracte, XXIV, 684
Surdi-mutité. Les yeux des — XXIV, 663; absence du labyrinthe chez un — XXIV, 720.
Surdité. Étude de 40 ans de — congénitale, XXIV, 721; causes de — chez les écoliers, XXIII, 749; — nerveuse, XXIV, 718; — dans la syphilis héréditaire, XXIV, 575; — à la suite d'oreillons, XXIII, 750, 752; — verbale, XXIV, 151; simulation de la — XXIII, 750. — R. B., XXIII, 394.
Suture. — des nerfs, XXIV, 298, 300; — osseuse pour les fractures de la rotule, XXIV, 596.
Symblépharon. *Voy.* paupière.
Sympathique. Etat des ganglions — dans la maladie de Bright, XXIV, 496; affection du plexus — de l'intestin, XXIV, 69. — *Voy.* nerf, nerveux.
Symphyse. *Voy.* bassin, cœur.
Synostose. Des — de l'atlas, XXIV, 270.
Synoviales. Tuberculose des — XXIII, 542. — R. B., XXIII, 394. — *Voy.* articulation.
Synovites. — purulentes dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149; de l'arthrotomie ignée et du chauffage articulaire dans les ostéo — fongueuses, XXIV, 637.
Syphilis. La — au Japon, XXIII, 488; leçons, XXIII, 649; de la bactérie — XXIII, 229; XXIV, 572; de l'inoculation de la — aux animaux, XXIV, 572; de l'hérédité — XXIII, 230; de l'hérédité et de la transmission de la — XXIV, 571; de la — héréditaire, XXIII, 231, 237, 238, 620; influence de la — héréditaire dans la production de l'idiotie et de la démence, XXIV, 573; la surdité dans la — héréditaire, XXIV, 575; des altérations du système lymphatique dans la — héréditaire, XXIII, 650; — cérébrale, XXIV, 573; — cérébrale précoce, XXIII, 651; — du cerveau et de la moelle, XXIII, 232; hémiparaplégie — XXIII, 234; myélite aiguë chez les — XXIV, 574; pseudo-paralysie infantile — XXIII, 233; névralgies — XXIII, 234; des maladies de l'œil et de l'oreille dues à la — héréditaire, XXIV, 714, 723; de la kératite interstitielle dans la — héréditaire et acquise, XXIII, 350; XXIV, 355; des rétinites — XXIV, 690; rétinite — périmaculaire, XXIII, 731; manifestations pharyngo-laryngées de la — congénitale, XXIV, 576; ulcère — du voile du palais et de l'amygdale chez un enfant, XXIII, 237; laryngite — XXIII, 742; phtisie — XXIII, 235; — pulmonaire, XXIII, 237; gommes de la langue dans la — héréditaire, XXIII, 238; thrombose de la veine porte d'origine — XXIV, 575; — rénale, XXIII, 652; diabète insipide d'origine — XXIII, 651; gommes de la verge, XXIII, 655; œdème chancreux — des grandes et petites lèvres, XXIII, 655; sarcocèle — XXIII, 654; du condylome anal, XXIII, 239; — articulaire, XXIII, 238, 653; des arthropathies dans la — héréditaire, XXIII, 653; dactylite — XXIII, 653; ostéite — de la mâchoire, XXIV, 577; variétés d'ulcère — des jambes, XXIV, 578; du cancer chez les — XXIV, 577; — chez les scrofuleux, XXIII, 651; de l'action des eaux minérales, Aulus, Cauterets, Bagnères, Uriages, Challes dans la — XXIII, 656; action des bains de mer dans la — XXIII, 656; valeur de l'iodoforme dans la — XXIV, 579; injections d'iodoforme dans la — tertiaire, XXIV, 578; traitement de la — par le thallium, XXIV, 579; traitement de la — par le formiamide mercuriel, XXIV, 579. — R. B., XXIII, 394, 795; XXIV, 393, 795.
Syringomyélie. *Voy.* moelle.

T

Tabac. Effets du — et de la nicotine, XXIII, 445; action de la — sur le cœur, XXIII, 74; troubles fonctionnels de la circulation chez des ouvrières des manufactures de — XXIV, 442; des accidents causés par le — XXIV, 442; les enfants qui fument, XXIV, 442; température dans l'empoisonnement par la nicotine, XXIV, 94. — R. B., XXIII, 394, 796; XXIV, 394, 795.
Tabes. *Voy.* moelle.
Tænia. R. B., XXIII, 796; XXIV, 394, 795.
Taille. Rapport des réflexes avec la — des individus, XXIV, 418; — stomacale, XXIV, 350; parallèle des diverses — XXIV, 325; étude historique et critique de la — hypogastrique, XXIV, 325; obsde — hypogastrique, XXIV, 325; de la

substitution de la — hypogastrique à la — périnéale, XXIV, 325 ; de la — hypogastrique pour l'ablation des tumeurs de la vessie, XXIV, 325; de la — contre la cystite, XXIV, 336; extirpation des tumeurs de la vessie par la — périnéale, XXIV, 336; exploration de la vessie par la — périnéale, XXIV, 336. — R. B., XXIII, 394; XXIV, 394, 795.
Taminier. Empoisonnement par les fruits du — XXIV, 444.
Tarsotomie. *Voy*. Ostéotomie.
Tartrate. Action et emploi du — de quinoline, XXIII, 120.
Taxis. — prolongé dans le traitement des hernies, XXIII, 317.
Teignes. Traitement des — XXIII, 645 ; traitement des — par l'huile de croton, XXIII, 645. — R. B., XXIII, 394, 796; XXIV, 394.
Téléphone. Phénomènes — du cœur pendant l'excitation du pneumogastrique, XXIV, 26.
Température. Transmission des impressions — XXIV, 413; régulation de la — chez les animaux à sang chaud, XXIII, 423 ; influence des lésions du cerveau sur la — générale, XXIV, 429; influence de la — des femelles en gestation sur la vitalité du fœtus et la marche de la grossesse XXIV, 39 ; régulation de la — pendant l'anesthésie et le sommeil, XXIV, 417; influence de la — sur l'antagonisme des médicaments, XXIII, 451 ; influence de la paraldéhyde sur la — XXIV, 462 ; — des articulations, XXIII, 711 ; — des nouveau-nés, XXIV, 534 ; — des chlorotiques, XXIV, 508; — locale dans la diarrhée de Cochinchine, XXIII, 481; modifications de — par les onctions cutanées dans les maladies fébriles des enfants, XXIII, 468; valeur des rapports du pouls et de la — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 140; état de la — chez les déments, XXIV, 254 ; abaissement de la — à la suite d'une hémorragie bulbaire, XXIV, 140; — dans l'empoisonnement par la nicotine, XXIV, 94; du régulateur — de Leiter dans les maladies de l'oreille, XXIV, 727. R. B., XXIII, 394, 796; XXIV, 795.
Tendon. Développement et régénération des — XXIV, 406; des réflexes — XXIV, 181; de l'importance des réflexes — dans la recherche de la simulation des maladies médullaires, XXIV, 181; graphique des réflexes — XXIV, 181; des réflexes — dans la fièvre typhoïde, XXIII, 140 ; des réflexes — dans l'hémiplégie cérébrale, XXIV, 109; les réflexes — dans les maladies nerveuses et mentales, XXIII, 200; rupture du — du triceps fémoral, XXIV, 596. R. B., XXIII, 394, 796 ; XXIV, 796.
Tension. Rapports des — intra-thoraciques avec la symptomatologie et le traitement des épanchements pleuraux, XXIV, 202.
Térébenthine. Substance qui se trouve dans l'urine quand on prend de la térébenthine, XXIII, 51 ; traitement de l'intoxication phosphorée par l'essence de — XXIV, 453.
Terpène. Réaction des — XXIV, 56.
Testicule. Des enveloppes du — XXIII, 415; — syphilitique, XXIII, 654; cancer du — chez l'enfant, XXIV, 547. — R. B., XXIII, 395, 796; XXIV, 394, 796.
Tétanie. — consécutive aux extirpations de goitre, XXIV, 652. — R. B., XXIV, 394.
Tétanos. — des nouveau-nés, XXIV, 547; statistique des cas de — à Calcutta, XXIII, 287; — par corps étranger implanté sur le nerf médian, XXIV, 303; traitement du — par le curare, XXIII, 288; venin de serpent contre le — XXIII, 116. — R. B., XXIII, 395, 796; XXIV, 394, 796.
Thallium. Traitement de la syphilis par le — XXIV, 579.
Thé. Action du — sur la digestion peptique, XXIV, 32.
Thérapeutique. Traité de — XXIV, 460. — R. B., XXIII, 395, 797; XXIV, 394, 796.
Thermonotomètre. Du — XXIV, 29.
Thomsen. De la maladie de — XXIII, 196.
Thoracentèse. Transformation des épanchements pleuraux à la suite de la — XXIV, 202; pleurésie puerpérale guérie par 15 — XXIV, 203.
Thorax. Sur la grandeur de la pression négative du — dans la respiration calme, XXIII, 27; changements respiratoires des espaces intercostaux et fonctions des muscles intercostaux, XXIII, 422 ; sur le développement de l'aspiration — XXIV, 416; rapports des tensions intra — avec la symptomatologie et le traitement des épanchements pleuraux, XXIV, 202. — R. B., XXIII, 395.
Thrombose. — de l'artère basilaire, XXIV, 140 ; — des sinus dû à un cholestéatome du temporal, XXIV, 729 ; — du tronc brachio céphalique et de la veine cave, XXIII, 523; — de la veine porte d'origine syphilitique, XXIV, 575 ; — consécutive à l'ulcère de l'estomac, XXIII, 164 ; — de l'artère mésentérique supérieure, XXIII, 523. — *Voy*. veine.
Thymol. Toxicité du — XXIV, 93 ; pansement au — XXIII, 266.
Thymus. R. B., XXIII, 395.
Thyroïde (corps). Fonctions du — XXIII, 702 ; XXIV, 420 ; éléments chimiques constituant la glande — XXIII, 48; relations de la — avec les organes génitaux de la femme, XXIV, 655; expériences sur les effets de l'ablation du — XXIV, 435; extirpation du — XXIII, 701, 702, 703, 704 ; de la tétanie consécutive aux extirpations du — XXIV, 652; traitement des sténoses par compression de la trachée après l'extirpation du — XXIII, 703. — R. B., XXIII, 395, 797; XXIV, 394, 795. *Voy*. goitre.
Thyrotomie. Cartilage arynétoïde ossifié rejeté après une — pour un papillome laryngé, XXIII, 743. *Voy*. trachéotomie.
Torpille. Terminaison des fibres nerveu-

ses dans les muscles de la — XXIII, 406.
Torticolis. Électricité contre le — XXIII, 115; résection du spinal pour un — XXIV, 296. — R. B., XXIII, 395; XXIV, 796.
Tourbe. Du pansement à la — XXIII, 271, 272.
Toux. De la — nasale, XXIII, 734.
Trachée. Hémorragie de la — simulant une hémorragie pulmonaire, XXIV, 707; anévrisme aortique ouvert dans la — XXIII, 522; cancer de l'œsophage avec perforation de la — XXIII, 660; accumulation de champignons dans la — XXIV, 712; corps étrangers de la — XXIII, 747; XXIV, 710; rétrécissement de la — dans le rhinosclérome, XXIII, 744; du traitement des sténoses par compression de la — après l'extirpation du goitre, XXIII, 703. — R. B. XXIII, 395, 797; XXIV, 395, 796.
Trachome. Étude anatomo-pathologique du XXIV, 356.
Transfusion. — de sang et de lait, XXIII, 461; — du sang à la suite des hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde, XXIII, 149; réinfusion de sang extrait par la saignée dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, XXIV, 456. — R. B., XXIII, 396; XXIV, 395, 796.
Traumaticine. Préparation et emploi de la — XXIV, 467.
Traumatisme. La fièvre — nerveuse, XXIV, 429.
Tremblement. De l'excrétion d'acide phosphorique dans les — paralytiques, XXIV, 264; — prœ et post-hémiplégiques, XXIV, 109. — R. B., XXIV, 395, 796.
Trépan, ation. — De la — pour les blessures du cerveau, XXIV, 119, 120; — pour les accidents tardifs à la suite d'une fracture du crâne, XXIV, 120; — pour une déchirure de l'artère méningée moyenne, XXIV, 119. — R. B., XXIII, 396; XXIV, 395, 796.
Trichine. R. B., XXIII, 396, 797; XXIV, 395, 796.
Trichlorophénol. Pansement au — XXIII, 236.
Tricophytie. Nouvelle —; tubercule — XXIV, 566.
Trismus. — d'origine cérébrale, XXIV, 120.
Trophique. Des troubles — consécutifs à des affections articulaires, XXIV, 190; amyotrophies d'origine goutteuse simulant l'atrophie musculaire progressive, XXIV, 168.
Trophonévrose. — faciale, XXIII, 188.
Tubercule, ose. Leçons sur la — parasitaire, XXIII, 557; étiologie de la — XXIII, 546; nature parasitaire de la — XXIV, 736; voies de propagation des bacilles — XXIII, 547; transmission de la — XXIII, 546, 547; infection de la muqueuse intestinale par la déglutition des crachats, XXIII, 546; inoculation de la — par inhalation, XXIII, 548, 549; distribution des bacilles — chez les poules, XXIII, 547; insuccès des inoculations préventives de — XXIII, 563; expériences ayant pour but de transformer le — vrai ou infectieux en corps étranger inerte, XXIII, 563; méthodes de recherche du bacille — XXIII, 532; valeur pathogénique des bacilles — XXIII, 546; topographie et rôle des bacilles dans l'anatomie pathologique de la — XXIII, 533; valeur des inoculations de — dans l'œil, XXIII, 546; valeur diagnostique de la présence des bacilles — dans les crachats, XXIII, 532; diagnostic de la — douteuse par la présence des bacilles dans les crachats, XXIII, 532; bacilles — dans l'urine, XXIII, 533; bacilles — dans les lésions chirurgicales fongueuses et scrofuleuses, XXIII, 542, 559, 560; rapports qui existent entre la — et la scrofulose, XXIII, 557; — inoculée par la circoncision, XXIII, 557; transmission de la — au fœtus, XXIII, 558; hérédité de la — XXIII, 557; fréquence de la — et ses localisations dans l'enfance, XXIII, 557; règlement militaire prussien pour la prophylaxie de la — XXIII, 563; rôle des alcalis des aliments dans l'étiologie de la — XXIII, 563; variation de l'urée, des chlorures et des phosphates dans la — XXIV, 56; tumeurs — du cerveau, XXIV, 120, 121; — solitaire du pédoncule cérébral, XXIV, 121; méningite — de l'adulte, XXIV, 190; — de l'œil, XXIII, 729; — conjonctivale, XXIII, 347; XXIV, 676; — de l'iris et du corps vitré, XXIV, 679; — pharyngée, XXIV, 701; bacilles dans les ulcérations — du voile du palais, XXIII, 533; tumeurs — du larynx, XXIV, 706; formes cliniques de la — laryngée, XXIV, 707; traitement de la — laryngée, XXIV, 708; bacilles — dans les sécrétions de l'oreille chez les phtisiques, XXIII, 533; XXIV, 723; l'adénite cervicale — des soldats, XXIV, 736; le — du sein chez l'homme et chez la femme, XXIII, 295; de la fièvre typhoïde chez les — XXIII, 150; pathogénie de la péricardite — XXIII, 493; de la — intestinale et lymphatique, XXIV, 540; — des voies biliaires, XXIV, 63; cystite — XXIII, 542; de la périurétrite — XXIV, 343; métrite chez les — XXIV, 235; ostéite — XXIII, 543, XXIV, 604; — des synoviales et des articulations, XXIII, 542; des résections et des amputations chez les — XXIII, 710; guérison de la — XXIII, 563; traitement de la — pulmonaire par les inhalations d'iodoforme, XXIII, 469, 470; traitement de la — pulmonaire par les inhalations d'acide carbonique, XXIII, 469. — R. B., XXIII, 396, 797; XXIV, 395, 797.
Tumeur. Des — malignes chez les enfants, XXIII, 634. — R B., XXIV, 396, 797.
Tungstène. Action du — XXIII, 87.
Turbith. Empoisonnement par le — minéral, XXIII, 640; XXIV, 448.
Tympan. — artificiel, XXIV, 725.
Tympanisme. Du — sous-claviculaire dans la pneumonie, XXIV, 200.
Typhoïde (fièvre). Statistique des cas —

traités à Boston city hospital, XXIII, 139 ; épidémies de — XXIII, 122, 128; fréquence de la — à Paris, XXIII, 128; la — dans l'armée, XXIII, 122; la — au corps d'occupation en Tunisie, XXIII, 762 ; la — aux colonnes du Sud oranais, XXIV, 733; étude comparée de la — chez l'homme et chez le cheval, XXIII, 162; épidémie de — causée par des boissons artificielles, XXIII, 128; étiologie de la — XXIII, 122, 128; contagiosité de la — XXIII, 128; de l'influence qu'a sur l'évolution de la — l'individualité du malade, XXIII, 122; aptitude suivant les âges, à contracter la — XXIII, 122; la — chez les enfants, XXIII, 139; de la convalescence et des rechutes de la — XXIII, 139, 160; signes de la convalescence franche dans la — XXIII, 140; polyurie dans la convalescence de la — XXIII, 140; accidents de la convalescence de la — XXIII, 160; mortalité de la — XXIII, 93; instructions sur les précautions à prendre contre la — XXIII, 128; prophylaxie de la — XXIII, 128; état du sang, numération des globules et estimation de l'hémoglobine dans la — XXIII, 140; micro-organismes du sang des — XXIII, 161; lésions des organes lymphoïdes dans la — XXIII, 139; valeur diagnostique et pronostique des rapports du pouls et de la température dans la — XXIII, 140; forme apyrétique de la — XXIII, 140; relations de la — avec la grossesse, XXIII, 150; de la — chez les tuberculeux, XXIII, 150; de la — dans ses rapports avec la folie, XXIV, 263; des altérations musculaires dues à la — XXIII, 149; des exanthèmes survenant dans le cours ou à la suite de la — XXIII, 140; des réflexes tendineux dans la — XXIII, 140; mort subite par — chez des enfants, XXIII, 150; aphasie dans la — XXIII, 150; hémorragie cérébrale dans le cours d'une — XXIII, 149; abcès du cerveau dans la — XXIII, 149; hémiplégie dans la convalescence de la — XXIII, 150; début de la — par angine, XXIII, 149; de l'angine ulcéreuse dans la — XXIII, 149; muguet primitif du pharynx dans la — XXIII, 149; des angines de la — XXIII, 149, 160; affections de l'oreille dans la — XXIV, 725; parotidite dans la — XXIII, 149; pneumo — XXIII, 149; — à début pneumonique, XXIII, 149; sur la périsplénite et la pleurésie diaphragmatique dans la — XXIII, 149; sur les déterminations gastriques de la — XXIII, 149; la — à forme rénale, XXIII, 149; abcès du foie dans la — XXIII, 149, 150; entérite ulcéreuse, peut-être — XXIII, 149; symptômes prémonitoires de la perforation intestinale dans la — XXIII, 149; orchite dans la — XXIII, 149, 160; arthrites et synovites purulentes dans la — XXIII, 149; gangrène dans la — XXIII, 149; alimentation dans le cours et au déclin de la — XXIII, 102; médication antipyrétique dans la — XXIII, 93; œdème malin à la suite d'injections de musc dans la — XXIII, 102; traitement de la — par l'iodure de potassium, XXIII, 102; traitement de la — par l'ergot de seigle, XXIII, 102, 106; de la kairine dans la — XXIV, 100; traitement de la — par le sulfate de quinine, XXIII, 99; traitement de la — par le salicylate de soude et le salicylate de bismuth, XXIII, 99; traitement de la — par l'acide salicylique, XXIII, 99; traitement de la — par l'acide phénique, XXIII, 102, 105; étude comparée de la méthode de Brand et des lavements phéniqués, XXIII, 102; traitement de la — par les bains froids, XXIII, 94, 102, 105; traitement de la — par les bains tièdes, XXIII, 94; traitement de la — par les lotions froides et le drap mouillé, XXIII, 94; transfusion du sang à la suite d'hémorragies intestinales dans la — XXIII, 149. — R. B., XXIII, 397, 798; XXIV, 396, 797.

Typhus. R. B., XXIV, 397.

U

Ulcère. — latent de l'œsophage perforant le cœur, XXIII, 669; rapports de l' — avec le cancer de l'estomac, XXIII, 164, thrombose, embolies et infarctus consécutifs à l' — de l'estomac, XXIII, 164; histologie des cicatrices d' — de l'estomac, XXIII, 164; — perforant de l'estomac chez un enfant, XXIII, 164; — de l'estomac, XXIII, 164; rapports du mal perforant avec les affections du système nerveux, XXIV, 169; variétés d' — syphilitique des jambes, XXIV, 578; galium comme topique dans les — chroniques, XXIV, 108. — R. B., XXIII, 397, 699; XXIV, 397.

Urée. Formation de l' — par la sarkosine, XXIV, 47; production et dosage de l' — XXIII, 431; distribution de l' — dans le sang, XXIV, 420; influence du café sur l'excrétion de l' — XXIII, 74; variations de l' — dans la tuberculose, XXIV, 56.

Urémie. Pathogénie des accidents — XXIV, 471; de l' — par occlusion des uretères, XXIV, 471; érythème — XXIV, 471; psychoses — XXIV, 471. *Voy.* rein.

Uretères. Procédé d'oblitération des — XXIV, 306; lésions du rein à la suite de la ligature des — XXIV, 471, 497; anurie et urémie par occlusion des — XXIV, 471; néphrite par compression des — dans le cancer utérin, XXIV, 497.

Urètre. Les conduits de Gärtner, XXIV, 12; nature et signification des filaments — XXIII, 240; du traitement du prurit — blennorragique, XXIII, 241; inflammation du tissu caverneux de l' — XXIV, 343; expulsion spontanée d'un calcul vésical à travers la paroi — vaginale, XXIV, 230; calculs extra — chez la femme, XXIV, 343; traitement des traumatismes périnéaux de l' — XXIV, 343; du cathétérisme rétrograde combiné avec l'urétrotomie externe pour les rétrécissements infranchissables de l' — XXIV, 335; résection de l' — dans les rétrécissements, XXIV, 343; autoplastie de fistules péniennes, XXIV, 349; épispadias

chez la femme, XXIV, 230; dilatation préalable de l' — dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, XXIV, 230 —R.B., XXIII, 397, 799; XXIV, 397, 798.
Urétrite. De l' — bactérienne, XXIV, 580; de la péri — tuberculeuse, XXIV, 343;
Urétrotomie. Résultats définitifs de l' — externe, XXIV, 343; du cathétérisme rétrograde combiné avec l' — externe pour les rétrécissement infranchissables de l'urètre, XXIV, 335.
Urinaires (voies). Névroses des organes — XXIV, 343.
Urine. Matière colorante de l' — XXIV, 47; quelques chromogènes de l'—XXIV, 51; substance qui se trouve dans l' — quand on ingère de la térébenthine, XXIII, 51; valeur de la réaction diazoïque, XXIV, 52; réaction des terpènes, XXIV, 56; action du phénol sur l' — XXIV, 51; recherche de l'iode dans l' — XXIII, 449; XXIV, 46; propriétés toxiques de l' — humaine, XXIII, 90; présence du phosphate de magnésie dans les — des sujets atteints d'affections de l'estomac, XXIII, 163; bacilles tuberculeux dans l'— XXIII, 533; anurie par occlusion des uretères chez un malade n'ayant qu'un rein, XXIV, 471; preuve du reflux de l' — de la vessie dans le rein, XXIV, 501; traitement de l'incontinence d' — chez la femme, XXIV, 230; traitement de l'incontinence d'— consécutive aux opérations de fistules vésico-vaginales, XXIV, 229; obs. de fistules — XXIV, 230; influence des fistules — sur la menstruation et la grossesse, XXIV, 230. — R. B., XXIII, 398, 799; XXIV, 397, 798.
Urique (acide). Formation de l' — XXIII, 49; production et variations de l' — XXIII, 88; influence des benzoates sur l'excrétion d' — XXIII, 88; de la diathèse — XXIV, 509.
Urticaire. De l'— pigmentaire, XXIV, 555. — R. B., XXIII, 398; XXIV, 398.
Utérus. Muqueuse—pendant la menstruation, XXIV, 11; influence des excitations — sur les contractions de cet organe, XXIV, 38; lait — XXIV, 512; démonstration du lait — dans l'espèce humaine, XXIII, 604; vaccination intra — XXIII, 604;—bifide observé sur le vivant, XXIII, 597; du prurit — XXIV, 236; de l'élongation du col — XXIII, 571; salpyngite suppurée, XXIV, 235; obs. de physométrie, XXIV, 236; traité de l'inversion —XXIII, 574; de l'inversion— XXIV, 234; méthode de traitement des déplacements — XXIII, 575; de la retroversion de l'— gravide, XXIII, 206; occlusion de l'orifice — au moment de l'accouchement, XXIV, 518; détachement spontané de la moitié antérieure du museau de tanche pendant l'accouchement, XXIV, 515; caduque expulsée pendant la grossesse sans avortement, XXIV, 242; de l'involution —dans les premiers jours des couches, XXIV, 245; de l'atrophie — d'origine puerpérale, XXIII, 573; injections intra — dans la fièvre puerpérale, XXIV, 531; 27 opérations de déchirure du col — XXIII, 576; traitement des déchirures — qui se produisent pendant l'accouchement, XXIV, 250; hématocèle sous-péritonéale consécutive aux déchirures du col — XXIV, 526; des ruptures de l'— pendant la grossesse, XXIII, 212; rupture de l' — XXIII, 213; XXIV, 250, 251, 525; des fistules intestino — XXIII, 321; des tumeurs desmoïdes des ligaments de l'— XXIV, 226; diagnostic différentiel des diverses formes de fibromes — XXIII, 588; traitement des fibromes — XXIII, 577, 581; hystérotomie pour fibromes — XXIII, 588; néphrite par compression des uretères dans le cancer — XXIV, 497; grossesse compliquée de cancer — XXIV, 514; du cancer — comme complication de la grossesse et de l'accouchement, XXIV, 520, 521; extirpation de l' — cancéreux, XXIII, 588; XXIV, 220; extirpation de l' — en prolapsus vaginal, XXIII, 588; hystérotomie pour un hématome dans un — bicorne, XXIII, 581; plaie de l'— gravide avec issue du fœtus dans l'abdomen, XXIII, 619; opération césarienne pour un cas de dystocie par tumeur du col — XXIII, 225; de l'opération césarienne au point de vue de la cicatrisation par première intention de la plaie — XXIII, 225; obs. d'opération césarienne, XXIII, 225; opération de Porro, XXIII; 225; massage de l' — XXIV, 238; de la joubarbe contre les hémorragies — XXIII, 597; emploi des crayons d'iodoforme pour le traitement intra — pendant les suites de couches, XXIV, 253. — R. B., XXIII, 398 799; XXIV, 398, 8.

V

Vaccine. Siège des bactéries dans la — XXIV, 68; la — intra-utérine, pendant la grossesse et chez les nouveau-nés, XXIII, 604. — R. B.. XXIII, 399, 800; XXIV, 399, 799.
Vagin. Déchirures du cul-de-sac — pendant l'accouchement, XXIV, 526; tamponnement — avec les boudins de sphaigne, XXIII, 598; des injections — avec l'eau très chaude, XXIV, 236; expulsion spontanée d'un calcul vésical à travers la paroi urétro — XXIV, 230; dilatation préalable de l'urètre dans l'opération de la fistule vésico — XXIV, 230; traitement de l'incontinence d'urine consécutive aux fistules vésico — XXIV, 229; création d'une fistule recto — XXIV, 230; de l'anus contre nature iléo —XXIII, 321; extirpation de l'utérus cancéreux par le — XXIV, 220. — R. B., XXIII, 399; XXIV, 399, 799.
Vaisseaux. Innervation des — cutanés XXIII, 33; lymphatiques des gros — XXIV, 4; — sanguins de la moelle XXIII, 2; étude des — de l'iris, XXIV, 678; influence du système nerveux sur

la production des lésions — XXIII, 64.
Varaires. Action des alcaloïdes des — XXIII, 85, 86.
Varice. Exophtalmie par dilatation — XXIV, 678. *Voy.* veine
Varicelle. R. B., XXIV, 799.
Variole. Siège des bactéries dans la — XXIV, 68 ; emploi des bains dans la — XXIII, 108. — R. B., XXIII, 399; XXIV, 399.
Vaso-moteurs. — dilatateurs de la pupille, XXIV, 411 ; nerfs vaso dilatateurs de l'oreille, XXIII, 26, 404; nerf dépresseur, XXIII, 26 ; réaction des centres — du cerveau et de la moelle sous l'influence de courants appliqués sur le crâne, la colonne vertebrale et la peau, XXIV, 19 ; trouble — de la muqueuse de la gorge, XXIII, 736; rôle des — dans la production de l'œdème, XXIII, 67; névroses — XXIII, 182; troubles — dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, XXIV, 456.
Veine. De la ligature latérale des plaies des — XXIII, 705 ; thrombose et phlébite de la — brachio-céphalique et de la — cave, XXIII, 523; thrombose de la — porte d'origine syphilitique, XXIV, 575 ; entrée de l'air dans les — XXIII, 281 ; injections intra — de lait et de sang, XXIII, 461; injection intra — de quinine, XXIII, 464. — R. B., XXIII, 399, 800; XXIV, 399, 799.
Vénériennes (maladies). Leçons sur les —XXIII, 649. *Voy.* blennorragie, syphilis.
Venin. Recherches sur le — des serpents, XXIV, 88. — R. B., XXIV, 800.
Vératrine. Action physiologique et toxique de la — XXIII, 85, 86.
Verre. Du pansement antiseptique ouvert dans les appareils de — et des attelles de — XXIII, 257.
Version — combinée dans les cas de placenta prævia, XXIV, 524. *Voy.* accouchement, utérus.
Vertèbres. *Voy.* rachis.
Vertige. Du — auditif, XXIII, 753.
Vésanie. *Voy.* Aliénation.
Vessie. Ligament médian de la — et épithélium du canal de l'ouraque, XXIII, 414 ; exstrophie complète de la — chez une jeune fille, XXIII, 344; perforation de la — par un kyste de l'ovaire XXIII, 581 ; rupture de la — dans une grossesse extra utérine, XXIII, 618 ; traitement du catarrhe aigu de la — XXIV, 336; cancer primitif de la — XXIV, 336; de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la— XXIV, 325 ; extirpation des tumeurs de la — par la taille périnéale, XXIV, 335 ; de la taille hypogastrique pour l'ablation des tumeurs de la — XXIV, 325; expulsion spontanée d'un calcul — à travers la paroi urétro-vaginale, XXIV, 230 ; exploration de la— par la taille périnéale, XXIV, 336; de la cystorraphie hypogastrique, XXIV, 325; dilatation préalable de l'urètre dans l'opération de la fistule — vaginale, XXIV, 230 ; traitement de l'incontinence d'urine consécutive aux fistules — vaginales, XXIV, 229. — R. B., XXIII, 399, 800 ; XXIV, 399, 800.
Viande. Emploi de la poudre — dans l'armée, XXIV, 738; effets et administration de la poudre de — XXIII, 110. — R. B., XXIII, 400.
Vie. Démonstration de la cause chimique de la — XXIII, 44.
Vieillard. Des affections aigues du cœur chez les — XXIII, 496 ; du traitement des fractures de cuisse chez les — XXIV, 591.
Vin. Kyste de l'ovaire guéri par une injection de — XXIII, 581. — R. B., XXIII, 800; XXIV, 400, 800.
Vision. Siège des fonctions — XXIV, 157; perception des différences de clarté, XXIV, 415; représentation du champ — XXIV, 661 ; perception des couleurs et des différences de clarté, XXIV, 351 ; les dimensions du champ — dans leurs rapports avec l'accommodation, XXIII, 722 ; association des sensations auditives avec la — XXIV, 660 ; troubles de la — dans les lésions de l'écorce des hémisphères, XXIV, 158 ; suppression brusque de la — mentale, XXIV, 151; scotome central progressif dans la paralysie générale, XXIV, 691. — R. B., XXIII, 400, 800.
Vitré (corps). Tuberculose du — XXIV, 679; extraction d'un morceau de capsule du — XXIV, 691 ; ouverture du — dans l'extraction de la cataracte, XXIV, 680. — R. B., XXIII, 400, 800; XXIV, 800.
Voix. De l'impuissance — partielle chez les chanteurs, XXIII, 739.
Vol. — aux étalages, XXIV, 271.
Vomissements. Des — XXIII, 164 ; des — incoercibles de la grossesse, XXIV, 518 ; — nerveux traités par l'alimentation artificielle, XXIII, 110.
Vulve. Inflammation des conduits de Gartner, XXIV, 235 ; oblitération de la — XXIV, 230 ; dilatation prœfœtale de la — pour prévenir les déchirures du périnée, XXIII, 610 ; œdème chancreux syphilitique des grandes et petites lèvres, XXIII, 655. — R. B., XXIII, 400, 800; XXIV, 400, 800.

Y

Xanthelasma, R. B., XXIV, 400.
Xanthelasmoïdea. Obs. de — XXIV, 555.
Xeroderma. — pigmentosum, XXIII, 643; XXIV, 564.

Z

Zona. R. B., XXIV, 800.

Paris. — Soc. d'impr. Paul Dupont, 41, rue J.-J. Rousseau. (Cl.) 162.12.84.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE